PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

VIERTELJAHRESSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE



BER: DR. WILHELM STEKEL
ITUNG: DR. ERNST BIEN, WIEN
NORDISCHEN LÄNDER:
JERRE, STOCKHOLM / DR. OLUF BRÜEL, KOPENHAGEN / DR. HELGI TÓMASSON, REYKJAVIK

BAND 1 | JUNI 1934 | HEFT 2

INHALTSVERZEICHNIS

VERLAG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS
WIEN | LEIPZIG | BERN

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS
Herausgeber: Dr. Wilhelm Stekel / Schriftleitung: Dr. Ernst Bien, Wien

Vierteljährlich (März, Juni, September, Dezember) erscheint 1 Heft. 4 Hefte umfassen einen Band von 16 Bogen (256 Seiten). Preis RM 12.— im Jahresabonnement. Einzelhefte werden mit RM 4.— berechnet. Mitglieder psychotherapeutischer Vereinigungen erhalten bei direkter Bestellung vom Verlag einen Vorzugspreis von RM 10.—. Die Zeitschrift wird den Beziehern bis zur Abbestellung geliefert; diese muß spätestens 14 Tage vor Beginn eines neuen Jahrganges beim Verlag eingehen

Manuskripte und sonstige redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung: Dr. Ernst Bien, Wien, IX., Spitalgasse 13, zu senden

In den nächsten Heften der „Psychotherapeutischen Praxis" werden u. a. erscheinen:

Dr. W. Bircher (Zürich): Nervenzusammenbruch / **San.-Rat Dr. G. Flatau** (Berlin): Experimenteller Hypnotismus / **Univ.-Prof. Dr. A. A. Friedländer** (Freiburg i. Br.): Biopsychik des Asthmas / **Dr. A. Gallinek** (Amsterdam): Sexualtrieb und Eisenbahn / **Dr. P. Gartner** (Budapest): Epilepsie / **Dr. M. Gerson** (Wien) und **Dr. W. v. Weisl** (Wien): Psychische Reaktionen während der Gerson-Diät / **Priv.-Doz. Dr. A. Herzberg** (Berlin): Psychotherapie bei älteren Leuten / **Dr. E. Jolowicz** (Leipzig): Psychotherapie des Asthma bronchiale / **Priv.-Doz. Dr. O. Kauders** (Wien): Todesgedanke in der Neurose / **Univ.-Prof. Dr. A. Kronfeld** (Berlin): Tod an Neurose / **Med.-Rat. Dr. A. Missriegler** (Wördern): Erfahrungen eines Landarztes / **Priv.-Doz. Dr. W. Morgenthaler** (Bern): Psychotherapie und Schwangerschaftsunterbrechung / **Dr. H. Rehder** (Altona-Elbe): Hysterie / **Dr. O. F. Scheuer** (Wien): Entwicklung der Sexualwissenschaft / **Dr. J. Schottky** (Berlin): Grenzen der Psychotherapie / **Dr. W. Stekel** (Wien): Schwierigkeiten während der psychischen Behandlung / **Priv.-Doz. Dr. F. G. Stockert** (Halle a./S.): Schlafmittelhypnose.

Rundfragen mit Antworten von: **Dr. G. Groddeck** (Baden-Baden) / **San.-Rat Dr. O. Juliusburger** (Berlin) / **Dr. A. Maeder** (Zürich) / **Dr. J. Marcinowski** (Waldhausen) u. A.

Außerdem haben ihre Mitarbeit zugesagt: Dr. M. Bircher, Benner (Zürich) / **Priv.-Doz. Dr. L. v. Dittel** (Wien) / **Priv.-Doz. Dr. O. Forel** (Prangins) / **Dr. B. Hahn** (Baden-Baden) / **Univ.-Prof. Dr. L. Kanner** (Baltimore) / **Priv.-Doz. Dr. H. Kogerer** (Wien) / **Dr. E. Liek** (Berlin) / **Dr. G. Odencrants** (Stockholm) / **Dr. L. Olsson** (Stockholm) / **Dr. H. Schultz-Hencke** (Berlin) / **Dr. Maxim. Steiner** (Wien) / **Dr. A. A. Weinberg** (Groningen) u. A.

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES:

Dr. Wilhelm Stekel, Wien, VIII, Langegasse 65 / **Dr. Poul Bjerre,** Stockholm, Varstavi Tumba, Schweden / **Priv.-Doz. Dr. R. Hofstätter,** Wien, VIII, Langegasse 70 / **San.-Rat Dr. Otto Juliusburger,** Berlin W. 15, Meineckestraße 3 / **Univ.-Prof. Dr. Jenő Kollarits,** Davos, Platz, Haus Reisch / **Dr. Oluf Brüel,** Kopenhagen, Nikolaj Plads 26 / **Dr. Julius Tábori,** Sombor, Kralja Petra 38, Jugoslawien / **Dr. S. Löwy,** Bratislawa, Mickiewiczova 10, Č. S. R. / **Univ.-Prof. h. c. Dr. August Rollier,** Leysin, Schweiz / **Dr. Hans Orlay,** Wien, I, Getreidemarkt 18

VERLAG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS, WIEN — LEIPZIG — BERN
WIEN, IX., SPITALGASSE 13

ORIGINALIA

Das Phänomen der Gegenübertragung

Von

Dr. Wilhelm Stekel in Wien

Die Entdeckung der Verladungsphänomene der Affekte von einer Person auf die andere ist eine der Großtaten Freuds, die der modernen Psychotherapie neue Wege gebahnt hat. Er nennt diese Affektverschiebung „Übertragung".

Erfolge und Mißerfolge der Psychotherapie hängen zum Teil von der Form und der Stärke der Übertragung ab. Das Verhältnis des Patienten zum Psychotherapeuten ist immer affektiv gefärbt. Es ist irrig zu glauben, daß der Logos allein heilen kann. Man kann keinen Patienten überzeugen, wenn sein Pathos dem Arzte widerstrebt. Der Kranke setzt den Arzt an die Stelle der wichtigsten Person seines seelischen Konfliktes. In der spezifischen Konfliktkonstellation nimmt der Heiler die Stelle des Menschen ein, der den Patienten krank gemacht hat. Das erklärt schon die Tatsache der affektiven Einstellung dem Arzte gegenüber.

Eine verheiratete Frau erkrankt infolge einer niederdrückenden Liebesenttäuschung mit ihrem Geliebten. Das Leben erscheint ihr wertlos, sie ist ihrem Manne gegenüber frigid, das Leben freut sie nicht mehr, sie steht unter der Herrschaft von Selbstmordimpulsen. Sie wird von ihrem Manne zur Behandlung gebracht und fragt schon in der dritten Sitzung, nachdem sie sich vertrauensvoll über ihre schwere Liebesenttäuschung ausgesprochen hatte, ihren Arzt: „Wie können Sie mir helfen? Können Sie mir den verlorenen Geliebten ersetzen?" In dieser negativen Form drückt sie ihren noch unbewußten Wunsch aus: „Du kannst mir helfen. Gib mir nur Liebe, Zärtlichkeit und Lebensfreude, die mir mein verloren gegangener Geliebter gegeben hat." Sie legt sich also die Frage vor: „Kann mir der Arzt den Geliebten ersetzen?" In dieser Frage sehen wir den Beginn der Übertragung. Sie überträgt oder sie versucht bereits zu übertragen: Ich habe einen Geliebten verloren, der Arzt kann mir nur helfen, wenn er mein Geliebter wird.

Die Möglichkeit, sich über einen Konflikt auszusprechen, den sie vor aller Welt verbergen mußte, das Verständnis und das Mitgefühl des Arztes, helfen ihr über die ersten Schwierigkeiten des Konfliktes hinweg. Die Uebertragung kann ihr beweisen, daß kein Mensch unersetzlich ist und ihr den Weg andeuten, wie sie den Konflikt überwinden soll. Über den Umweg (Arzt-Geliebter, ohne Erfüllung der Sehnsucht) kann sie zu ihrem Manne zurückgeführt und die brüchige Ehe wieder geleimt werden.

Es ist klar, daß der Arzt ihr nicht die Liebe ersetzen darf, deren Verlust sie nicht ertragen kann; er würde an Stelle des einen Konfliktes einen zweiten setzen. Er könnte es nur, wenn er ihr statt des treulosen Geliebten eine festere Bindung ermöglicht, d. h., wenn er sie nach erfolgter Scheidung heiratet. Und das kann manchmal für beide Teile ein Unglück bedeuten. Tatsächlich kann man immer wieder konstatieren, daß Analytiker und andere Psychotherapeuten sich in eine ihrer Patientinnen verlieben und sie heiraten. Die objekti-

von Beobachter sagen in einem solchen Fall: sie sind der „Gegenübertragung“ erlegen.

Wenn jedes Verhältnis zwischen Mensch und Mensch affektiv gefärbt, fast ohne Ausnahme von Sympathie oder Antipathie, und nur in den seltensten Fällen von Gleichgültigkeit begleitet ist, so kann auch das Verhältnis Arzt und Patient nicht ein indifferentes sein. Der Arzt unterliegt ebenso der Macht der „Übertragung“ wie der Patient. Er merkt es in den meisten Fällen nicht. Wenn er sich dabei einbildet, der „Objektiv-Indifferente“ zu sein, der Stärkere, weil von den Affekten Unberührte, so kann dies natürlich eine große Gefahr beinhalten, eine Gefahr der Affektexplosion, der Überrumpelung durch die Gefühle für seinen Patienten, in positiver oder negativer Form.

Es gibt keine Übertragung ohne Gegenübertragung! Dieser fundamentale Satz sollte jedem Psychotherapeuten bekannt sein und jede analytische Behandlung eines Kranken muß von einer Selbstanalyse begleitet sein, die immer wieder die Frage beantwortet: Wie stehe ich zu meinem Patienten?

Ich habe vor vielen Jahren den Ausdruck „analytisches Skotom“ geprägt. Das bedeutet, daß der Psychotherapeut für alle Komplexe des Behandelten blind ist, an denen er selbst leidet. Eine psychotherapeutische Behandlung stockt, sie geht nicht weiter, wir suchen die Quellen des Widerstandes im Kranken. Mißriegler sagt in seinem vortrefflichen Aufsatz „Bemerkungen über Gegenübertragung“ [1]: „Wie können wir technisch der Gegenübertragung beikommen? Am besten, wenn wir uns bei Schwierigkeiten und Stockungen der Analyse nicht auf den Widerstand des Kranken ausreden, sondern vorerst die Ursache in uns suchen.“

Wir stellen uns zu unseren Kranken mit positiver oder negativer Affektivität ein. Wir sollten auf der höheren Warte der „objektiven Gleichgültigkeit“ stehen, aber dieses ideale Verlangen ist fast unmöglich zu erfüllen. Wir sind auch nur Menschen und allen menschlichen Regungen unterworfen. Wir müssen mit uns kämpfen, uns untersuchen und uns bemühen, sine ira et studio nur das eine Ziel vor Augen zu haben: dem Kranken zu helfen und immer wieder unsere Affektivität zu überwinden bzw. zu verbergen.

Der Kranke verträgt unsere indifferente Einstellung nicht. Er will uns aus dem Schutzbau der Indifferenz herauslocken. Er stellt allerlei verfängliche Fragen: „Langweilen Sie sich schon bei meinen Erzählungen?“ Oder: „Ich muß Ihnen schon lästig sein!“ Oder: „Heute werden Sie die Behandlung beenden und mich hinauswerfen!“ Er macht abfällige Bemerkungen über die Behandlung, um den Arzt zu einer Affektäußerung zu veranlassen, wie er es in der Kindheit mit den Eltern arrangiert hat, wenn er „schlimm“ war, nur um sie aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen und sie in Affekt zu versetzen. Gleichgültigkeit ist schwerer zu ertragen als Haß.

Es ist schwer, Kranke zu behandeln, die einem unsympathisch sind. Ich pflege daher in solchen Fällen die Behandlung aufzugeben oder die Patienten an

---

[1]) Fortschritte der Sexualwissenschaft und Psychanalyse. B. 4, 1931. Verl. F. Deuticke, Leipzig und Wien.

einen anderen Kollegen zu überweisen. Arzt und Patient müssen irgendwie gleichgestimmt sein. Bedingung des Erfolges ist die Einfühlung in den Kranken. Schon dieser Ausdruck „Einfühlung“ beweist, daß der Psychotherapeut gefühlsmäßig an der Behandlung beteiligt sein muß. Nur durch Einfühlung kommt er zum Verständnis des Kranken, seiner Charakterstruktur und seines spezifischen Konfliktes. Freilich gerät er durch die „Einfühlung“ in die Gefahr, die Übertragung des Kranken zu einem Grad zu steigern, der sich nicht als Vorteil, sondern als Widerstand erweisen kann. Fühlt sich der Kranke verstanden, so ist er nahe daran zu glauben, daß er geliebt wird. (Être compris c'est être aimé.) Er wird nach neuen Beweisen der Sympathie des Arztes suchen und eine Steigerung der Gefühle der Zuneigung verlangen. Er kann dann aus Trotz wegen verschmähter Liebe leicht in den Zustand der „negativen“ Übertragung geraten, an seinem Willen zur Krankheit festhalten, die er nur um den höchsten Preis aufgeben würde. Dieser höchste Preis ist es eben, von dem Arzt geliebt zu werden. Oder er kann aus Angst, diese geforderte, vermeintliche Liebe zu verlieren, vieles verschweigen, was für die Behandlung von großer Bedeutung wäre, aus Angst, die Sympathie und Achtung des Arztes zu verlieren. Er will sich nicht in den Augen des Arztes herabsetzen, er will nicht an Wert verlieren. Die Liebe wird ihm wichtiger als die seelische Befreiung.

Der Psychotherapeut ist in einer schwierigen Lage. Er muß aus der Selbsterkenntnis seiner Einstellung zum Kranken immer wieder die „psychologische Situation“ erkennen, sie auf die spezifische Vergangenheitskonstellation und Konfliktslage des Kranken zurückführen, aber auch begreifen, was dieser Konflikt des Kranken für ihn selbst bedeutet, welche eigene Konfliktkonstellation bei den Erzählungen des Patienten mit Ober- und Untertönen mitschwingt. Nur durch Selbsterkenntnis kann er über der Situation stehen und sich davor schützen, in den Wirbel der Affekte des Kranken hineingerissen zu werden.

Die Gefahr der Übertragung der Affekte vom Kranken auf den Arzt ist unendlich groß, so daß man sich wundern muß, daß nicht mehr Psychotherapeuten an ihren Patienten erkranken, nachdem sie sie gesund gemacht haben. Es kommt leider zuweilen vor, daß der Arzt den Patienten heilt und seine Krankheit übernimmt, wenn er selbst nicht vollkommen komplexfrei ist (natürlich so weit das bei einem Menschen überhaupt möglich ist). Es kommt vor, daß der Seelenarzt an seinem Kranken zugrunde geht. Der Psychotherapeut ist in ähnlicher Situation wie der Praktiker, der eine übertragbare Infektionskrankheit behandelt. Ich habe schon des öfteren Gelegenheit gehabt, Psychotherapeuten zu analysieren oder zu beraten, die an und durch ihren Patienten erkrankt sind.

Die psychotherapeutische Behandlung erfordert manchmal eine außerordentliche Geduld und Selbstbeherrschung, um sich nicht in Affekt bringen zu lassen. Freilich es gibt keinen Fehler, der nicht unter Umständen einen Vorteil bringen würde. So erging es mir mit einem Kranken, der immer zu spät kam, meine Ratschläge nicht

befolgte, allerlei törichte Einwände machte. Ich mochte an diesem Tage gereizt gewesen sein, kurz — ich kanzelte ihn gehörig herunter. Er war ganz verblüfft, denn nie vorher war ich aus meiner gleichmäßigen Affektlage zu bringen gewesen. Am nächsten Tag kam der Kranke ganz pünktlich und drückte mir warm die Hand: „Sie glauben nicht, wie gut mir gestern Ihr Rüffler getan hat. Ich bin heute ein andrer Mensch. Das müssen Sie häufiger tun." Die Erklärung? Sein Vater war sehr gleichgültig gewesen und hatte sich um ihn fast gar nicht gekümmert. Aus meiner Erregung zog er den Schluß, daß mir an seinem Wohlergehen viel gelegen sei. Die Tatsache, daß ich in Affekt geriet, konnte ich mir erst später erklären. Es war ein Vorfall innerhalb meiner Familie, den ich auf diese Weise abreagierte.

Merkt der Psychotherapeut, daß er sich mit Affekt zu einem Kranken einstellt, so hat er die Pflicht, sich die Frage vorzulegen, was der Patient ihm jenseits seines Berufes als Mensch bedeuten mag. Eine Patientin sagt eine Stunde ab oder sie kommt eine Viertelstunde später zur Sitzung, was der Arzt in diesem Falle als besondere Kränkung empfindet, während das gleiche Vorgehen bei anderen Patienten ihn gar nicht berührt. Er muß erkennen, daß er sich in einer Gegenübertragung befindet und Gefahr läuft, sich möglicherweise in seine Patientin zu verlieben. Er ist gewarnt, kann die Behandlung abbrechen, kann die Patientin einem anderen Kollegen übergeben oder er kann, erkennend und überwindend, Herr der Situation bleiben, alle Kräfte anspannen, um die Kranke zu heilen und ihr ein guter Freund und Führer zu bleiben.

Daß das Phänomen, welches ich als „Urreaktion" beschrieben habe, auch zwischen Arzt und Patienten waltet, brauche ich nach den vorhergehenden Ausführungen nicht zu betonen. In sublimierter Form ausgedrückt würde die Urreaktion lauten: „Welche Rolle wirst du in meinem Leben spielen?" Auf einer tieferen Stufe prüft, wägt, entscheidet der triebhafte Instinkt.

Die Gegenübertragung des Arztes muß im Zeichen der Versagung vor sich gehen, wie es Freud für die Übertragung des Patienten als unbedingte Regel aufgestellt hat. Das setzt voraus, daß der Arzt sich selbst immer prüft und erkennt. Mißriegler sagt mit Recht: „Darum ist die analytische Aufgabe so schwer: nicht der reinen Technik wegen, sondern weil sie jederzeit der Analytiker gegen sich anwenden muß. Es ist, als ob der Operateur jeden Schnitt, den er am Operierten macht, auch an sich selbst machen müßte." Aus den Träumen der Analysierten werden wir uns über die „analytische Situation" klar, d. h. über die Einstellung des Patienten zum Analytiker. Ebenso muß der Analytiker auch seine eigenen Träume analysieren, wenn seine Kranken darin als handelnde Personen auftreten, und sie erkennen, auch wenn sie maskiert und in heuchlerischer Weise verändert durch seine Traumbilder wandeln.

Ein Arzt, der bei mir eine Lehranalyse durchmacht, hat (unter meiner Leitung) einen jungen Studenten von seiner homosexuellen Einstellung zu befreien. Mein Schüler erkrankt an einem quälenden Harndrang, er wird schlaflos und hat den Wunsch nach einem autoerotischen Akt, obwohl er verheiratet ist und die Onanie längst aufgegeben hatte. Es war nicht schwer zu erkennen, daß er zu seinem hübschen

homosexuellen Studenten in Gegenübertragung stand. An dem Patienten war ihm besonders gelegen, er war verzweifelt, weil die Analyse nicht vorwärts ging, weil die Widerstände sich häuften. Er war gekränkt, daß der Homosexuelle scheinbar gar keine Übertragungssymptome zeigte (was in solchen Fällen fast die Regel ist[1]). Harndrang und Schlaflosigkeit wichen bald, nachdem er mit meiner Hilfe erkannt hatte, daß er der Gegenübertragung erlegen war.

Anfänger sind in viel größerer Gefahr als Ärzte, die schon jahrelang den Stürmen der Übertragung getrotzt haben. Sie sind leicht geneigt, die Übertragungsphänomene ihrer Kranken als echte Huldigung für ihre Persönlichkeit aufzufassen. (Ebenso wie die Patientinnen, die empört sind, ihre Liebesgefühle zu einer typischen Übertragungssituation herabgewürdigt zu sehen.) Sie können auch auf eine negative Übertragung mit einer negativen Gegenübertragung reagieren und beleidigt, die Analyse abbrechen, wenn sie der Patient beleidigt und entwertet.

Wenn wir von unseren Kranken volle Aufrichtigkeit verlangen, haben wir nicht das Recht, beleidigt zu sein, wenn sich diese Aufrichtigkeit gegen unsere Person wendet. Freilich, auch diese Aufrichtigkeit hat ihre Grenzen. Ich habe in einem Aufsatz von Sadger[2]) gelesen, wie ihn ein Patient in schamloser Weise beleidigte, ihn herabsetzte, ihn mit unflätigen Ausdrücken in den Kot zerrte. Ich muß aber gestehen, daß ein solcher Vorfall mir in meiner dreißigjährigen Praxis nicht untergekommen ist. Durch intuitive Erfassung der Situation konnte ich noch in jedem Fall den nahenden Entrüstungssturm erkennen und rechtzeitig auf das Objekt lenken, das ich zu vertreten die undankbare Aufgabe hatte.

Die Gefahr, daß der Psychotherapeut die Bewunderung seiner Kranken als gerechtfertigte Huldigung seiner Gaben auffaßt, ist sehr groß. Sein Verstand sagt ihm: „Es ist Übertragung. Bilde dir nichts ein!" Aber sein Gefühl erliegt der Macht der Übertragungswellen und verleiht ihm ein trügerisches Gefühl der Überlegenheit, macht ihn blind für seine eigenen Fehler, läßt ihn an die Bedeutung seiner großen historischen Mission glauben, worauf Mißriegler besonders aufmerksam gemacht hat. So erliegt er der Gegenübertragung, wird mit einem analytischen Skotom behaftet, sieht nur seine Theorien und Hypothesen, ist taub für die Lehren andrer Schulen, entwertet jeden Vertreter einer anderen Richtung als einen Ignoranten, während er wähnt, im Besitze der „alleinseligmachenden" Methode zu sein.

Die Gegenübertragung spielt auch im Alltag eine bedeutende Rolle. Man kann Menschen für sich gewinnen, wenn man ihnen schmeichelt. Auch der Psychotherapeut kann die Übertragung steigern, wenn er seinen Kranken ein mehr oder weniger gerechtfertigtes Lob erteilt. Allein diese forcierte Übertragung ist wie ein Bummerang. Sie kehrt zum Urheber zurück und steigert sein Selbstgefühl, er erliegt dann gegen seinen Willen der Macht der Gegenübertragung.

Es ist ein bekannter Trick, das Interesse einer Person für die andere zu erregen

---

[1]) Siehe meinen Aufsatz: Technik der Psychoanalyse. Psychoanalytische Praxis, Bd. 3, H. 3, Verlag S. Hirzel, Leipzig.

[2]) Sadger: Der Sinn der Wutanfälle bei Psychoneurosen und Geisteskrankheiten. Allg. Ztschrft. f. Psychoth. 2, S. 729, 1929.

und zu steigern, wenn man ihr berichtet, daß sich diese andere Person für sie interessiert und ihr gut gesinnt ist. Auf diese Weise kann der Vermittler zwischen zwei Personen eine Liebesleidenschaft entfachen.

Alle pathologischen seelischen Phänomene sind doch nur Steigerungen allgemein gültiger Vorgänge und Mechanismen. Die Analyse zeigt uns diese alltäglichen Vorgänge im Vergrößerungsglas der Parapathie. Wer aber nicht gelernt hat, an seinen Kranken sich selbst zu erkennen, der ist kein wahrer Seelenarzt. Die Übertragung des Kranken soll uns mahnen, an unsere eigene affektive Einstellung ihm gegenüber zu denken. Bilde sich niemand ein, daß uns die Kranken nur Behandlungsobjekt sind, ohne daß wir gefühlsmäßig dabei beteiligt sind. v. Hattingberg hat bei der Besprechung der Gegenübertragung den treffenden Ausdruck geprägt, „daß der Analytiker sich um seine Affekte zu drücken sucht".

Wenn ich die Formel für die Übertragung gefunden habe, daß der Kranke den Arzt an die Stelle der wichtigsten Person seines Konfliktes setzt, so muß vice versa die Formel für die Gegenübertragung lauten, daß der Arzt seinen Patienten eine Rolle zuschreibt, die seinem Lebenskonflikt Bedeutung verleiht. Diese Rolle soll meist ein Defizit seines Lebensplanes und seiner Lebensrechnung ausfüllen. Er erliegt dem Einfluß eines Tagtraumes, der nach dem Prinzip der Wunscherfüllung ihn weitab von der Realität in das Gebiet der Fiktion führt. Der Realitätskoëffizient dieser Phantasie ist meist sehr gering. Trotzdem besteht die Gefahr, Affekte und Instinkte zu mobilisieren, die den Verlauf der Behandlung stören. Ist es Aufgabe des Psychotherapeuten, den Kranken mit der Realität auszusöhnen, so muß der Arzt, auf dem Boden der Realität stehend, immer wieder das reale Ziel über alle egoistischen Regungen stellen. Und dieses ideale Ziel ist und bleibt: Die Heilung des Kranken und sei es auch mit Aufopferung der eigenen Persönlichkeit.

Zur Impotenzfrage

Von

Dr. Poul Bjerre in Stockholm (Schweden)

Die therapeutisch negativ verlaufenden Fälle sind oft besser als die positiven geeignet, die Konstruktion einer Krankheit durchsichtig werden zu lassen. Wenn die Behandlung scheitert, so kommt dies vor allem daher, daß die Konflikte des Pat. stärker als gewöhnlich und die von ihnen hervorgerufenen Verwicklungen besser organisiert sind und sowohl den heilenden Kräften der Natur, wie auch dem Einfluß des Arztes stärkeren Widerstand entgegensetzen, als es in den Durchschnittsfällen geschieht.

Um die Impotenz zu beleuchten, will ich als Leitmotiv einen Fall wählen, bei dem die Behandlung nach dreißig Sitzungen im Verlauf von drei Monaten als aussichtslos aufgegeben wurde.

Es handelt sich um einen 39jährigen Lehrer, der seit dem ersten Koitusversuch im Alter von 20 Jahren nahezu ununterbrochen gegen etwas, was er selbst Impotenz nennt, zu kämpfen hatte. Zunächst die äußeren Umstände: Pat. wurde in guten Verhältnissen erzogen; der Vater starb 1910, die Mutter 1927. Patient hat einen sechs Jahre älteren Bruder, mit dem er zusammen bei der Mutter bis zu deren Tode wohnte; ferner zwei Schwestern, beide verheiratet, die eine zwei Jahre älter, die andere sieben Jahre jünger als er. In normaler Folge machte er Abitur und akademisches Examen; er ist ein ausgesprochen tüchtiger Arbeitsmensch.

Im Frühjahr 1916 verliebt sich Pat., im Alter von 24 Jahren, in eine 17jährige Schülerin. Im Dezember gemeinsame Reise; beide enttäuscht. Nach anderthalb Jahren ein Kind. Im Juni 1920 Eheschließung. Nach vier Jahren zweites Kind. Nach sieben Jahren Scheidung; unmittelbare Veranlassung hierzu: Verhältnis mit der jüngeren Schwester der Frau. Sie war elf Jahre, als er sie zum ersten Male sah; die Gefühle erwachten sieben Jahre später. Nach der Scheidung sexuelle Beziehungen mit beiden Schwestern.

Schon bei dieser flüchtigen Skizze drängen sich zwei Fragen auf. Erstens: handelt es sich wirklich um eine Impotenz? Patient hat sich sexuell ausleben können, und der Trieb mit seinen somatischen Erscheinungen ist sogar so stark gewesen, daß Pat. die natürlichen moralischen Einwände gegen ein Doppelverhältnis mit zwei Schwestern hat überwinden können. Und zweitens: liegt hier aber eine Impotenz vor, ist dann nicht ihre psychoanalytische Erklärung offenbar? Ist nicht alles aus dem Schwesterkomplex abzuleiten? Ist die Sperrung des Triebes nicht dadurch zustandegekommen, daß Patient unbewußt das Verhältnis zu seinen beiden Schwestern in der Kindheit später im Verhältnis zu seiner Frau und ihrer Schwester wiederholt und nun gegen diesen unbewußten Inzest mit Impotenz reagiert?

Was die erste Frage angeht, kann nicht stark genug unterstrichen werden, daß eine genaue Diagnose notwendig ist. Mit dem Worte Impotenz bezeichnet die Laienwelt eine Reihe verschiedener Erscheinungen, von der geringfügigsten Einschränkung der Genußfähigkeit bis zum völligen Versagen der Sexualität. Gibt es doch viele Leute, die den Koitus als eine Art Sport betrachten und von Impotenzgedanken geplagt werden, wenn sie nicht stets Rekordleistungen erreichen können. Ein Kollege hat mir von einem Fall berichtet, bei dem der betreffende Pat. verstimmt war, weil er in der letzten Woche den Koitus „nur" 24mal zustande gebracht hatte.

Unser Pat. steht in dieser Beziehung auf einer mittleren Stufe. Sowohl vor, wie während und nach der Ehe hat er eine Unmenge von Zufallsverbindungen gehabt. Er ist der Ansicht, daß die Sexualität normalerweise kontinuierlich funktioniere und daß der normale Mann bei jeder beliebigen Gelegenheit mit jeder beliebigen Frau einen Koitus von wenigstens zwanzig Minuten Dauer ausführen könne. An dieser Forderung hält er besonders fest, weil es „doch eine Tatsache ist, daß viele Frauen erst nach zwanzig Minuten zur Befriedigung gelangen". Daß er seinen eigenen Zustand für so ungünstig hält, stammt vor allem von einem Manko in dieser Beziehung: infolge von Ejaculatio praecox hat er die Frauen nur selten befriedigen können. So kam es z. B. in der ersten Nacht mit seiner Frau nur zu mehrmaligen kurzen Kohabitationen; am nächsten Tag war der Erfolg noch geringer; und in der zweiten Nacht blieb er überhaupt aus. Oft haben Prostituierte herabsetzende Bemerkungen wegen dieses seines Defektes gemacht. Völliges Versagen ist auch vorgekommen. Infolgedessen ist sein jetziges Verhältnis zu der jüngeren der Schwestern unerträglich geworden. Sie sehnen sich beide nach der Ehe; davon kann aber keine Rede sein, wenn sein Zustand sich nicht radikal ändert. Patient

hat resigniert und stellt keine übertriebenen Forderungen mehr; einige Minuten lang will er wenigstens den Koitus ausdehnen können. Das zu erreichen, war für ihn das Ziel der Behandlung.

Die zweite Frage, „Schwesterkomplex", führt uns in das Kernproblem der Impotenz. Hier muß etwas Grundsätzliches vorausgeschickt werden. Daß bei allen Impotenzfällen, die nicht einfach aus zufälligen Traumen abzuleiten sind, die Bindung an frühere Gefühlsobjekte eine Rolle spielt, liegt auf der Hand. Ist doch diese Tatsache nur die spezielle Form eines allgemeinen Gesetzes. Die Neurosen entstehen auf der Grenze zwischen einer aufzugebenden und einer neu zu erreichenden Anpassung. Die Eindrücke der Vergangenheit leisten der sich vordrängenden Erneuerung Widerstand. Im Falle der Impotenz lautet die Frage, welcher Art der Widerstand ist, der aus den zurückliegenden Bindungen des Menschen stammt. Nach der dogmatischen Psychoanalyse handelt es sich um einen Widerstand gegen den Inzest. Die Bindung an die Mutter, bzw. Schwester ist inzestuöser Natur. Es entsteht eine unbewußte Verwechslung zwischen jenen und der geliebten Frau; so wird mit der gleichen Kraft, mit der der Inzest verdrängt werden muß, die Sexualität selbst verdrängt. Diese Auffassung stützt sich auf das Traummaterial. Daß frühkindliche Bindungen auffallend oft in den Träumen von Impotenten vorkommen, dürfte unzweifelhaft sein; ebenso, daß diese Träume oft deutlich oder verschleiert sexuelle Färbung haben. Man darf aber nicht übersehen, daß die Inzestdeutung derartiger Träume immer die Wunscherfüllungstheorie zur Voraussetzung hat. Läßt man jede Theorie und überhaupt jede vorgefaßte Meinung beiseite, und versucht man den Tatbestand des Traumes rein sachlich zu betrachten, so bekommt die Frage ein anderes Gesicht. Auf diese Weise bin ich zu der Auffassung gekommen, daß die Tragödie des Impotenten nicht im Inzest, sondern in der asexuellen Grundlage des Gefühlslebens zu suchen ist.

Die dogmatische Psychoanalyse identifiziert ohne weiteres körperliche Gefühlsbetonung und Sexualität, und sie gerät dadurch in eine Reihe von unlösbaren Schwierigkeiten. Hierbei sind zwei Gesichtspunkte zu beachten. Einmal: wenn wir uns in einer Umgebung von Menschen befinden, reagieren wir entweder für oder gegen eine unbestimmte Milieueinwirkung. Wir machen dabei leicht die Beobachtung, daß unsere Reaktion sich körperlich ausdrückt. Wie oft geschieht es, daß wir, wenn eine feindliche Stimmung sich löst, eine Erweiterung der Gefäße als Herzenswärme erleben; oder daß wir in anderen Situationen eine krampfartige Kälte empfinden. In ähnlicher Weise wie gegen die Menschenmasse reagieren wir gegen die große, Erde und Himmel umfassende Lebensmasse, von der wir ein Teil sind. Es gibt ein undifferenziertes Gefühl von körperlicher Zugehörigkeit, das entweder positiv oder negativ funktioniert.

Zum andern ist zu beachten und muß unterstrichen werden, daß der Sexualbegriff, wenn wir ihn so erweitern sollen, auch diese undifferenzierte Gefühlsmasse umfaßt, schlechthin in nichts zerfließt. Im gegenseitigen Verhält-

nis zweier Menschen kommt es unter Umständen zu einem Punkt der Entwicklung, in dem eine vom Sexus bestimmte Begierde und damit ein körperliches Besitzenwollen entsteht; dieser Punkt scheint mir für die Begriffsbildung entscheidend.

Von diesem Standpunkt aus betrachtet, muß das Verhältnis des Kindes zur Mutter als asexuelle, undifferenzierte Zugehörigkeit zu der einzigen Form der Lebensmasse, die das Kind zunächst kennt, bezeichnet werden. Normalerweise tritt die Differenzierung und Sexualisierung dieses ursprünglichen Zustandes des Gefühls- und Trieblebens in der Pubertät ein; unter neurotischen Umständen früher bzw. später. Die Grundlage der echten Impotenz ist stets ein mangelhafter Durchbruch dieser Differenzierung und Sexualisierung. In ausgesprochenen Fällen sieht man, daß der Kranke das ganze Leben hindurch dem Frauenkörper gegenüber indifferent und asexuell reagiert. Dies hindert selbstverständlich nicht, daß er vom Trieb und allen seinen Begleiterscheinungen in der Phantasie gehetzt sein kann; infolge des mangelhaften Durchbruchs nimmt aber die Asexualität überhand, sobald der Kranke mit dem Frauenkörper in Berührung kommt. Ich habe Patienten gehabt, die hierbei ebenso prompt mit Erschlaffung des Penis reagiert haben, wie der gesunde potente Mann mit Erektion.

Der Übersichtlichkeit wegen pflege ich die Ursachen der Neurose in drei Gruppen einzuteilen: 1. traumatische Erlebnisse während der Entwicklung und daraus resultierende falsche Einstellungen; 2. die suggestive und autosuggestive Ausbildung der Symptome; 3. die unklare oder unbewußte Funktion der Krankheit.

Bei der Impotenz ist vor allem das Verhältnis zur Mutter und zu den Schwestern zu berücksichtigen. Die unkluge Mutter, die ihr Kind durch Verzärtelung und Nachgiebigkeit allen seinen Wünschen gegenüber für immer an sich zu binden sucht, ist ein klassisches Warnungsbeispiel. Wenn daraus eine sexuelle Wirkung hervorgehen sollte, wie die dogmatische Psychoanalyse meint, so wäre die Gefahr immerhin nicht groß; die zu früh aufgepeitschte Sexualität würde sich bald freimachen und mit der dem Trieb innewohnenden Gewalt sich anderen Personen zuwenden. Die Verzärtelung wird nur deshalb so ernst, weil sie dahin strebt, die ursprüngliche Asexualität zu verstärken und diese gegen die aufkommende Sexualität allzu widerstandsfähig zu machen. Der hieraus hervorgehende Typus ist der Mann, der zeitlebens der kleine Junge der Mutter bleibt.

Was unseren Pat. betrifft, so war in dieser Hinsicht bei ihm nicht viel zu bemerken. Das Verhältnis zur Mutter war zwar sehr innig; durch den frühen Tod des Vaters, und durch das lange Zusammenleben zu Hause wurden Mutter und Sohn noch enger zusammengeknüpft Das lag aber alles auf natürlicher, menschlicher Grundlage und hätte die Sexualentwicklung nicht zu verschieben brauchen.

Knaben, die mit Schwestern aufwachsen, kommen oft unter ähnlichen Einfluß, wie durch mütterliche Verzärtelung. Wie das Asexuell-Sohnhafte im Verhältnis zur Frau kann auch das Asexuell-Bruderhafte durch Hochzüchtung übersteigert werden. Daß im Falle unseres Pat. die Schwestern, besonders die jüngere, für die er immer

ein warmes Gefühl hegte, eine größere Rolle als die Mutter gespielt hatte, geht neben anderem aus seinen Träumen hervor.

Rein sexuell im engeren Sinne ist der Sachverhalt ein anderer in bezug auf die Mutter als auf die Schwestern. Während ich in meiner Praxis bei einem Knaben oder Manne niemals ein wirkliches Besitzenwollen gegenüber der Mutter bemerkt oder gar entsprechende Handlungen gesehen habe, scheinen mir sexuelle Vorgänge zwischen Geschwistern ziemlich gewöhnlich in der Ätiologie der Neurosen. Man könnte meinen, daß die moralische Hemmung überhaupt zu einer Verdrängung der Sexualität mit Impotenz als Folge führen müßte. Das ist aber in der Regel nicht der Fall. Der früh erweckte und alle Schranken durchbrechende Trieb führt im Gegenteil zu einer starken Potenz, die sich nicht durch moralische Rücksichten bändigen läßt. Sehr oft freilich gerät der Konflikt in neurotische Bahnen, aber nicht in Richtung von Impotenz, sondern von Zwangskrankheiten: gegen den sich aufdrängenden Trieb wird das Zwangssystem als Schutzmauer aufgerichtet.

Unter den Träumen unseres Patienten gibt es einen, der eine frühzeitige Sexualisierung des Verhältnisses zur jüngeren Schwester verdächtig erscheinen läßt. Der Traum lautet: „*Mein Bruder gab meiner kleinen Schwester, die ein kleines Kind war, einen Gegenstand, der mir aus Gummi zu sein schien. Er blies ihn auf; ich sollte dasselbe tun. Ich sah, daß ein Loch da war und zeigte es meiner Mutter. Sie meinte aber, das täte nichts. So blies ich den Gummigegenstand auf, und er zerplatzte. Ich wurde dadurch verstimmt, die anderen nahmen es aber nicht so wichtig. Dann lag das zerplatzte Gummispielzeug auf dem Tisch; daneben lag mein Penis, abgeschnitten. Ich nahm das Glied, tat es in meine linke Tasche und ging zum Doktor, um es wieder angenäht zu bekommen.*“

Ein typischer Kastrationstraum. Bei so enger Verknüpfung zwischen der Kastration im Traume und der Schwester war anzunehmen, daß ein Schwesterverhältnis der Kastrationsphantasie zugrunde liege. Die nähere Besprechung dieses Themas verlief negativ. Auf keine Weise konnten die geringsten sexuellen Tendenzen gegenüber der Schwester aufgespürt werden. Wenn man aus einem derartigen Traum trotz dem negativen Ergebnis inzestuöse Neigungen oder gar entsprechende Handlungen folgert, so verfährt man nicht sachlich, sondern läßt sich von festgelegten Theorien beeinflussen.

Wahrscheinlich kann der Traum mit einer Kindheitserinnerung in Zusammenhang gebracht werden, die vom Pat. folgendermaßen beschrieben wurde: „In meinem Elternhause pflegten wir Kinder jeden Morgen in einer flachen Wanne zu baden. Als ich sechs oder sieben Jahre alt war, hatte ich eine Zeitlang Angst, es könnte dabei zu einer Erektion meines Penis kommen; ich weiß nicht bestimmt warum, wahrscheinlich aber deshalb, weil das irgendeinmal in Anwesenheit meiner Mutter vorgekommen war. Vollkommen lebendig ist mir ein Vorgang, der sich jeden Morgen wiederholte: Unmittelbar, bevor ich in die Wanne gehen sollte, nahm ich die Hände unter die Bettdecke und sprach ein kurzes, inbrünstiges Gebet: ‚Lieber Gott, laß ihn nicht steif werden!‘ Der gute, allmächtige und barmherzige Gott, die Inkarnation aller eiskalten Greulichkeit und Bosheit, bekam einen Einfall und beschloß lachend, das Gebet des Bübchens zu erhören und verwüstete dadurch meine Jugend und mein Mannesalter, raubte mein Liebesglück und schenkte mir statt dessen ein Übermaß von namenlosem Leid, von Schmutz, Laster und Gonorrhöe. Und noch heute amüsiert sich der Allweise über seinen lustigen Scherz!“

Daß eine derartige Wunscheinstellung sich traumhaft als Kastration darstellen kann, ist ohne weiteres einleuchtend. Eine andere Frage, die sich nicht so leicht beantworten läßt, ist es, wie weit der Pat. recht hat, diese Episode mit seiner Impotenz in Verbindung zu bringen. Im allgemeinen wird es so sein, daß sich beim Impotenten frühzeitig eine gegen die Sexualität gerichtete Tendenz befestigt. Auch

wenn die an sich asexuelle Grundlage stark ist, scheint eine solche Tendenz notwendig zu sein, um die Impotenz zustande zu bringen.

Beim Patienten wurde die Erektionsepisode nicht nur deshalb verhängnisvoll, weil dadurch die Verdrängung in Gang gesetzt wurde, sondern vor allem deshalb, weil sie den Grund zu einem sexuellen Minderwertigkeitsgefühl legte, wie dies etwa bei empfindlichen Kindern durch die Mißdeutung der Onanie zu geschehen pflegt. Die Erektion war eben „etwas Schlechtes", mit dem Glied mußte etwas nicht stimmen. Folgender Traum zeigt, wie sich Pat. mit derartigen Gedanken quälte: „*Ich ging mit einigen Kameraden nackt umher; es war in irgendeiner Badeanstalt. Ich betrachtete insgeheim ihre Genitalien und sah, daß alle einen größeren Penis und größere Testikel hatten als ich. Einige der Kameraden betrachteten mich, und ich verstand, was sie dachten.*"

Für den Pat. wurde der erste sexuelle Mißerfolg fast zur Katastrophe: er verstärkte das Minderwertigkeitsgefühl und erzeugte den Impotenzgedanken. Kein Wunder, daß erneute Versuche nicht befriedigend ausgingen, trotzdem, rein physiologisch gesehen, der Coitus zustande kam. Von noch größerer traumatischer Bedeutung wurde die Ehe. Von einer Liebe in tieferem Sinne war kaum die Rede. Die Frau war ihm aber ein geeignetes Sexualobjekt. Bald erfuhr er, daß die Frau bereits von einer Schule, die sie vorher besucht hatte, relegiert worden war: sie hatte damals gleichzeitig drei Verhältnisse gehabt. Außerdem hatte sie mit noch drei anderen Männern zu verkehren versucht, sogar in der Zeit, in der sie dem Pat. Liebesbriefe schrieb. Dies alles rief in ihm starken Widerwillen gegen sie hervor und verursachte einen rachsüchtigen Haß gegen alle, die vor ihm dagewesen waren und sie besser hatten befriedigen können. Er wollte sich frei machen, konnte es aber nicht, vor allem, weil er ihr doch endlich einmal beweisen mußte, daß er sexuell nicht minderwertig sei. Ein Arzt massierte ihm den Penis und gab ihm Yohimbin. Allmählich besserte sich der Zustand, sodaß er sich potent fühlte, d. h. daß er den Geschlechtsverkehr beliebig lange fortsetzen konnte. Jetzt durfte er sich also freimachen — da entdeckte er, daß die Frau schwanger sei, und so mußte er nun bei ihr bleiben. Nach zwei Jahren gab er dem Drängen der Eltern der Frau nach und heiratete. Nach sieben Jahren kam die Scheidung zustande.

Aus dem bisher Gesagten ist ersichtlich, daß der Pat. in eine falsche Einstellung zum Sexualproblem eingeklemmt worden war.

Die Sexualität ist unsere Verbindung mit den großen und unabhängig von uns waltenden Naturkräften. Damit sie zu ihrer Blüte gelangen kann, ist eine Hingabe an jene Kräfte alles, worauf es ankommt. Man darf dabei nichts wollen; ich möchte sagen, daß diese Hingabe gerade das „Nichtwollen" schlechthin ist. Jede Willenseinstellung wirkt hemmend, gar nicht zu reden von einer so verkrampften Einstellung, wie es diejenige unseres Pat. war.

Statt sich selbst aufzugeben, wollte er sich im Gegenteil seine Stärke, seine Überlegenheit beweisen. Hier sieht man die verhängnisvolle Konsequenz des Minderwertigkeitsgefühls, die Überkompensation, deutlich. Obgleich der Pat. immer versicherte, daß seine sexuellen Ansprüche sehr bescheidene seien, war dies im Grunde nicht der Fall. Mit Zuhilfenahme von allerlei zweifelhafter Lektüre hatte er sich ein ganzes Sexualsystem zurechtgelegt. Er wollte durch starke Prestationen nicht nur die Minderwertigkeit überwinden, sondern sich auch die Richtigkeit dieses Systems beweisen. Ein wirksameres Hemmungssystem, als diese durchaus falsche Einstellung ist kaum erdenkbar. Wenn die Sexualität dessenungeachtet selten versagte, so zeigt dies, daß sie im Grund stark war.

Als wichtiges Krankheitsmoment kommt jetzt eine Zersplitterung der Sexualität hinzu. Als er sich in die jüngere Schwester, die er schon seit ihrem elften Jahre

kannte, verliebte, war sie 18 Jahre alt; es handelte sich um ein tieferes Gefühl, das ohne Zweifel in seiner Art Beziehungen hatte zu den innigen Gefühlen, die er für seine eigene Schwester empfunden hatte. Man kann die Frage aufwerfen, was sich ergeben hätte, wenn er an diesem wichtigen Punkte radikal mit der Vergangenheit und seinen falschen Einstellungen gebrochen und sich restlos der neuen Liebe hingegeben hätte. Zwei Möglichkeiten bestehen: die asexuelle Sphäre von schwesterlichen Gefühlen hätte überhand genommen und er wäre der zweiten Frau gegenüber noch schwächer geworden, als gegenüber der ersten. Oder: die freigewordene Sexualität hätte die alten Gefühlsformen durchbrochen und das Zarte, Freundschaftliche, Schwesterhafte in seiner Seele sexualisiert, so daß sich aus den gegebenen Voraussetzungen allmählich eine harmonische Ehe entwickelt hätte. Diese letzte Möglichkeit scheint mir die wahrscheinlichere.

Durch seine Unfähigkeit zu kühner Entscheidung wurde der Augenblick verpaßt und die Situation verdorben. Folgender Traum beleuchtet dies: *„Ich hörte Musik in einem Restaurant zusammen mit der jüngeren Schwester. Ich sagte, es seien Achtel mit der linken Hand und Triolen mit der Rechten, und versuchte zu zeigen, wie das gespielt werden sollte. Ich konnte das Problem nicht lösen und erwachte“.*

Er wollte so leben, daß die linke Hand nicht wußte, was die Rechte tat. Er wollte gleichzeitig verschiedene Dinge auf den Seelen der Schwestern spielen; oder richtiger: er wollte sie beide gleichzeitig als Spielzeug benutzen. Selbstverständlich entdeckte die Frau bald das Doppelspiel und wurde eifersüchtig. Das Heim wurde ein Kampfplatz. Als die Trennung nach Jahren endlich notwendig wurde, hätte man glauben können, daß er sich zu einer endgültigen Entscheidung durchgerungen hätte. Aber, obwohl er sich jetzt mit der jüngeren Schwester einrichtete, setzte er das sexuelle Leben mit der früheren Frau fort, ohne jede moralische Reaktion. Er meinte sogar, es sei edelmütig von ihm, daß er die geschiedene Frau nicht der Einsamkeit überlasse, sondern sie ab und zu befriedige.

Im Laufe der Behandlung zeigten mehrere Träume die fatale Einwirkung dieser Zersplitterung des Sexuallebens. Ein Beispiel möge genügen:

„Meine frühere Frau lag im Bett. Als ich mein Nachthemd anziehen wollte, hatte ich eine Erektion. Ich dachte, daß ich mich beeilen wollte, zu ihr ins Bett zu kommen.“ — Nachher, in derselben Nacht: *„Ich sollte eine Klasse mit kleinen Kindern übernehmen. Ein kleines Mädchen wollte nicht still sein. Ich ließ sie auf den Korridor hinausgehen und sagte, sie dürfe erst wieder hereinkommen, wenn sie artig sei. Nach einer Weile hörte ich, daß sie draußen in ihrer Einsamkeit schrie.“* —

Er ist also an die Eine sexuell gebunden, und die Andere schreit in ihrer Einsamkeit und läßt ihn nicht in Ruhe. Das Resultat ist in bezug auf beide Schwestern ein Wollen und gleichzeitig ein Nichtwollen — der jahrelangen Zerrissenheit des Sexuallebens entsprechend. —

Was die zweite Gruppe der zu berücksichtigenden Ursachen, die Suggestion und die Autosuggestion, betrifft, so gibt es wohl wenige Begriffe, mit denen derartig wie mit diesen jongliert worden ist.

Wie alles, was von Bedeutung ist, hat Suggestion wie Autosuggestion beträchtliches Erleben zur Voraussetzung. Einem erlösenden Erlebnis gegenüber kann man sich positiv oder negativ einstellen. Man kann sagen: das alles ist Illusion; was einmal ist, läßt sich nicht ändern. Oder man kann sagen: die Tatsache der Erlösung ist doch der Wert des Lebens, das Einzige, was überhaupt zu bejahen ist. Tut man dies, so wird man den flüchtigen Augenblick festzuhalten versuchen; man übt sich, in ihm zu versinken, und man geht dabei von der seit alters bekannten Tatsache aus, daß dadurch

eben der Augenblick Macht über die Seele bekommt. Ob man dies Kontemplation nennt, wie früher, oder Autosuggestion, ist gleichgültig. Wichtig ist indes, daß man die Bedeutung einer negativen Einstellung in dieser Hinsicht einzuschätzen versteht.

Als Beispiel können wir aus unserem Fall die erste Koituserfahrung nehmen. Ein Mißerfolg unter ähnlichen Verhältnissen ist ein gewöhnliches Phänomen. Kommt der Betreffende gleich zum Arzt, so kann man leicht die Impotenzgefahr in statu nascendi beheben. Man braucht nur die physiologische und psychologische Situation rein sachlich und mit einleuchtenden Beispielen klar zu machen. Wenn aber, wie in unserem Falle, eine solche Umwertung des Erlebnisses nicht stattfindet, wenn umgekehrt der Mißerfolg alle geheimen Minderwertigkeitsgefühle und alle versteckte Sexualangst ins Leben ruft, so ist es kein Wunder, wenn die Gedanken um diesen Punkt mechanisch zu kreisen beginnen. Diese unablässig kreisenden Gedanken hämmern das an sich belanglose Ereignis ins Bewußtsein ein, und auf diese Weise wird aus dem, was im rechten Augenblick sich leicht hätte verflüchtigen können, eine dauernde Tatsache, ja, in vielen Fällen sogar eine nicht mehr korrigierbare falsche Lebensform. In der psychoanalytischen Zeit war man gar zu sehr geneigt, die Bedeutung dieser autosuggestiven Verwertung der negativen Erfahrungen zu unterschätzen. Für die Behandlung ist die Tatsache der Autosuggestion sehr *wichtig*. Durch theoretische Auseinandersetzungen lassen sich Widerstände dieser Art nicht beseitigen; dies gelingt nur durch suggestive Einflüsse in entgegengesetzter Richtung. Bei jeder psychischen Behandlung gilt es, wie ich oft hervorgehoben habe, nicht die Widerstände gegen die Sexualität, sondern die Widerstände gegen die heilenden Kräfte der Natur zu überwinden. Auch wenn diese in Erfahrungen wurzeln, darf ihre autosuggestive Ausarbeitung nicht unterschätzt werden; denn durch diese werden sie organisiert, und durch die Organisation wird ihre Stärke verdoppelt.

Man versteht dies alles besser, wenn man die Ehe unseres Pat. von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet.

Die Erneuerungskraft einer wahren Liebe kann so groß sein, daß sie den Menschen nicht nur über das Elend der Vergangenheit hinweghebt, sie kann ihn unter Umständen sogar aus tiefen Perversionen und hierin verankerter Sexualität losreißen. Wenn man aber, wie unser Pat., aus Verstandesberechnung eine dauernde Verbindung eingeht, dürfen die Ansprüche auf Befreiung nicht zu hoch gespannt werden. Dann bleibt das Elend wenigstens teilweise bestehen und damit auch die Gefahr seiner autosuggestiven Verstärkung. Unser Pat. schwelgte förmlich in den früheren Sünden seiner Frau. Die Namen aller ihrer Liebhaber waren in seinem Gehirn eingeätzt, und jede Assoziation mit diesen Namen oder anderen Einzelheiten steigerte seinen Widerwillen gegen die Frau. Man kann sich wirklich über die Güte Gottes wundern, wenn man sieht, daß die Potenz ähnlich den *Strindberg*schen Fällen Jahrzehnte hindurch bestehen bleibt. Wird man als Arzt konsultiert, so soll man die Situation rücksichtslos klarmachen und nicht durch Aufpeitschung des Triebes mit Yohimbin und derlei Mitteln eine Veränderung verzögern. —

Die *dritte Gruppe* der Ursachen: die Funktion, bleibt in diesem Fall im Hintergrund; doch werden Gesichtspunkte dieser Art selten ganz fehlen.

Pat. sträubte sich gegen die Ehe mit einer Frau, die er verachtete und die ihn nicht aus den sexuellen Schwierigkeiten hatte lösen können. Wenn auch nicht den Schwiegereltern gegenüber, so hat er doch sicher seiner Frau gegenüber und ganz bestimmt sich selbst gegenüber die Zuflucht zur Impotenz genommen, um vom Ehe-

versprechen loszukommen. Nur wenn er impotent war, konnte er es vor sich selbst verteidigen, daß er die Mutter seines Kindes nicht heiratet; also mußte er impotent sein.

Im Verhältnis zur jüngeren Schwester lag die Sache anders. Mit dieser wollte er innerlich das Leben teilen. Da waren aber große Widerstände zu überwinden, sowohl seiner Frau wie den Schwiegereltern gegenüber. Hatte er die Kraft, diesen Kampf auf sich zu nehmen, der vielleicht das ganze Leben überdauern würde? Eine schwere Entscheidung, der er mit seinem Widerwillen gegen ernste Entscheidungen überhaupt am liebsten hätte aus dem Wege gehen wollen. Mit Hilfe der Impotenz konnte er die Entscheidung von Jahr zu Jahr hinausschieben. —

Warum gelang es nun nicht, alle diese falschen Einstellungen zu korrigieren, die Autosuggestion zu überwinden, die unmittelbare Hingabe hervorzurufen, die Spontaneität von den Intellektualhemmungen zu befreien, kurz, die Natur wiederherzustellen? Nach dreimonatlichen Bemühungen wurde die Behandlung unterbrochen. Ich betonte, daß, wenn Pat. sich auch zu einer richtigen Stellungnahme dem Sexualproblem gegenüber hätte durchringen können, eine längere Latenzperiode notwendig gewesen wäre, damit die freigewordenen heilenden Kräfte der Natur Zeit hätten, sich durchzusetzen. An die Verbindung mit der jüngeren Schwester glaubte ich nicht; er mußte die Kraft haben, sich von aller Versumpfung der Vergangenheit freizumachen und das Sexualleben auf einer neuen, gesunden Grundlage aufzubauen.

Nach drei Monaten besuchte mich der Pat. Er hatte eine Reise mit der jüngeren Schwester gemacht. Sie war allmählich durch die vielen Mißerfolge so überreizt geworden, daß jede sexuelle Annäherung einen Angstanfall auslöste. Die Versuche, die er trotzdem machte, bestätigten leider seine Auffassung, daß seine Impotenz unheilbar sei. Ab und zu versuchte er es mit anderen Frauen, um festzustellen, ob die Behandlung irgend ein Resultat erzielte. Er konnte aber nicht konstatieren, daß die Dauer des Koitus sich verlängert hätte.

Alles, was ich vorbrachte, war also vergebens gewesen. Wie in einer Felsenfestung saß er in seiner Impotenzsuggestion eingeschlossen, und alle meine Angriffe prallten an ihr ab.

Die Behandlung ist ein Kampf gegen die Unnatur und ihre Erstarrung in toten, mechanischen Bahnen.

Ein Mißerfolg kann letzten Endes von zwei gleicherweise berechtigten Gesichtspunkten aus betrachtet werden. Die Befähigung zur Erneuerung und zum Überwinden der Erstarrung ist beim Kranken konstitutionell zu gering. Oder die Befähigung des Arztes zur Durchsetzung der an sich möglichen Veränderung ist unzureichend.

Über das Verhalten des Arztes bei eingebildeter Schwangerschaft

Von

Privatdozent Dr. R. Hofstätter in Wien

Um das Thema kurz einzuleiten, muß ich daran erinnern, daß dieser Wahn nicht nur bei den verschiedensten Geisteskrankheiten und bei schwer hysterischen Frauen vorkommt, sondern auch bei sonst vollständig normalen Frauen, und zwar gewiß nicht so selten, als man früher annahm. In diesen Fällen können körperliche Veränderungen das Primäre sein; andrerseits können aber auch rein psychische Momente durch Funktionsänderungen der körperlichen Organe, besonders der Blutdrüsen, Symptome hervorrufen, für die wir eine rein materielle Ursache nicht auffinden können. Die sichere Unterscheidung zwischen wirklich eingebildeter und absichtlich vorgetäuschter Schwangerschaft ist oft schwer zu treffen.

Während des Krieges und nachher ist die Furcht vor unerwünschter Schwangerschaft zu einer noch größeren Qual für das weibliche Geschlecht geworden als früher. Wie bekannt, blieb sehr vielen, sonst anscheinend gesunden Frauen und Mädchen die monatliche Regel aus (Kriegsamenorrhöe). Wenn die nötigen Voraussetzungen zutreffen, so dachten und denken diese Frauen immer zu allererst daran, ob sie nicht gravid sind. Das geringste noch hinzukommende Schwangerschaftssymptom kann genügen, um diese Angst zur fixen Idee werden zu lassen. Spinner spricht direkt von einer Massensuggestion der eingebildeten Schwangerschaft. Die Frauenambulanzen und Spezialärzte wurden zeitweise von diesen Geschöpfen überlaufen. Meist kann man keine Schwangerschaft konstatieren, und die Frauen sind dadurch so beruhigt, daß ihnen der Verlust der Periode keinen weiteren Eindruck macht. Wird aber entweder gar kein Arzt zu Rate gezogen oder stellt eine Hebamme irrigerweise doch die Diagnose Gravidität, dann treten so und so oft auch andere Schwangerschaftszeichen hinzu. Natürlich sind die Fälle, wo bei prädisponierten Frauen Aerzte die falsche Diagnose auf Schwangerschaft gestellt haben, besonders ungünstig. Hier kann nicht genug betont werden, wie sehr ärztliche Ratschläge und Fehldiagnosen symptomfixierend und variierend wirken (Gaupp, M. Walthard), und Sahli sagt mit Recht, daß es infolgedessen oft zu irrigen Organdiagnosen komme, die zu kunstwidrigen Operationen Anlaß geben können. Auf die gleichen Gefahren haben Krönig, August Mayer, v. Jaschke schon oft aufmerksam gemacht.

Als Symptome zeigen sich meiner Erfahrung nach am öftesten Erbrechen, Kopfschmerzen, abnorme Gelüste, Obstipation, Meteorismus, Brustdrüsensekretion; in Kreisen, denen eine bessere Ernährung möglich ist, oder bei entsprechender Konstitution auch eine bis ans Groteske reichende Fettsucht. Ist die Periode nun zwei bis drei Monate ausgeblieben und stellt sie sich dann von selbst wieder ein, so schwindet der Graviditätsglaube meist ganz von selbst. Über den dritten Monat hinaus hält er sich auch bei gleichbleibender Amenorrhöe nur in den seltensten Fällen. Die größte Häufigkeit der eingebildeten Schwangerschaft, die übrigens auch im Tierreiche vorkommt, finden wir zu Beginn des Klimakteriums. Dies erklärt sich durch das

natürliche Ausbleiben der Periode, durch das Dickerwerden und das eventuelle Auftreten von Tumoren im Bauchraume, sowie durch die manchmal abnorm gesteigerte Sehnsucht nach einem Kinde als Zweck für sich oder als Mittel, den Mann weiter an sich zu fesseln.

Bei fast allen Fällen von eingebildeter Schwangerschaft konnte ich Zeichen einer Funktionsstörung der Ovarien und indirekt auch des Uterus finden. Gewöhnlich handelt es sich wohl um einen Erschöpfungszustand eines von vornherein minderwertigen Genitaltraktes. Die eingetretene Amenorrhöe kann zwar auch in einzelnen Fällen erst die Folge der Schwangerschaftseinbildung sein, dürfte sich jedoch bei genauerem Zusehen meist als das Primäre heraussellen. Auch in den Fällen, wo eine wirkliche Amenorrhöe gar nicht zustande kam, bemerken wir doch bei genügender Aufmerksamkeit andere Zeichen von Ovarienschwäche, wie: Fettsucht, Apathie, Gefühl der Müdigkeit, Aufhören der Libido und ähnliches. Vorübergehende Erschöpfungszustände der Ovarien sind ja im Leben der Frau wahrscheinlich etwas überaus häufiges. Ich glaube, nach meinen Erfahrungen[1]) behaupten zu können, daß sich eingebildete Schwangerschaften fast stets nur zu solchen Zeiten einstellen. Dafür spricht auch die deutliche Häufung der eingebildeten Schwangerschaften zur Zeit der Pubertät und zu Beginn des Klimakteriums.

Das Verhalten des Arztes solchen Frauen gegenüber ist oft kein leichtes. Die einfache Behauptung des Arztes wird kaum etwas nützen; ich rate, lieber Symptom für Symptom mit der Frau zu besprechen und soweit als möglich der Patientin ihren Irrtum verständlich zu machen. Entstand dieser aus dem allzu lebhaften Wunsch nach einem Kinde, so bedarf die Frau der größten Schonung; wir melden ja gleichsam der Mutter den Tod ihres Kindes und könnten ihr leicht mit dem Glauben an ihre Hoffnung auch allzu roh ihre Hoffnung auf Mutterschaft überhaupt nehmen.

Bezüglich des Effektes der aufklärenden ärztlichen Beratung bin ich zwar gewiß nicht so pessimistisch wie z. B. Csipkay (Orv. Het. H. 36, 1929), der die Meinung aussprach, daß die eingebildet Schwangeren dem Arzte erst glauben, wenn die erwartete Geburt doch nicht zustande kam. Auch würde ich es für verfehlt ansehen, wenn der Arzt diesen Zeitpunkt ruhig abwarten wollte; ich halte es vielmehr unbedingt für seine Pflicht, diesen Wahn, von dessen eventuellen Weiterungen wir noch später reden wollen, zu bekämpfen. Dazu gehört allerdings oft mehr als eine einmalige Untersuchung und nicht selten auch viel mehr Wissen und Können, als gerade immer zur Verfügung steht. Es kommt nämlich gar nicht so selten vor, daß der Arzt eine in Wirklichkeit doch bestehende Schwangerschaft nicht erkennt und voreilig die Diagnose auf eingebildete Schwangerschaft stellt. Trotz wiederholter Untersuchung kann man derartige Fehldiagnosen machen; außer mir selbst

[1]) R. Hofstätter: Graviditäten bei Amenorrhöe. Mediz. Klinik, H. 18, 1922.
— Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Beitr. z. gerichtl. Medizin, Albin Haberda, 5. Bd., S. 34, 1922.
— Über eingebildete Schwangerschaften. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1924.
— Beiträge zum Handwörterbuch der Sexualwissenschaft. Herausgegeben v. Max Marcuse. 2. Aufl. Verlag A. Marcus & E. Weber, Bonn, 1925.

ist dies auch nach eigenen Berichten z. B. Hellstern, Nassauer, Rizzatti, Strube, Walthard und gewiß noch sehr vielen anderen Fachkollegen passiert, die es vorgezogen haben, nicht eigens darüber zu schreiben [1]).

Andrerseits sah ich eine 42jährige außerordentlich dicke Frau (Br. H.), die ihr 5. und letztes Kind vor 14 Jahren geboren hatte, und der ich im 3. Monate einer neuen Schwangerschaft diese Diagnose richtig mitteilte. Ich erfuhr den weiteren Verlauf erst nach der nicht durch mich geleiteten Entbindung. Sie war auch später während der ganzen Schwangerschaft fest davon überzeugt, ganz gesund zu sein. Sie sowohl wie ihr Gatte, ein Bäckermeister, glaubten nicht an die Schwangerschaft. Sie erkannte den Zustand erst 3—4 Wochen vor der Niederkunft. Der Bruder der Frau ist Arzt und konnte trotz wiederholter Untersuchung nichts von einer Schwangerschaft finden. Der zu Rate gezogene Professor der internen Medizin untersuchte nicht gynäkologisch. Und so behandelten beide Herren die Frau wegen der Oedeme an den Beinen und am Bauche sowie wegen geringer Eiweißausscheidungen mit der Diagnose „kranke Niere" — bis fast zur Entbindung. Allerdings hatte die Frau auch während der Schwangerschaft zeitweise geringe Blutungen aus dem Uterus. Hier bildeten sich die beiden Ärzte ein, daß die Frau nicht eine wirkliche, sondern eine eingebildete Schwangerschaft trage. Einen ähnlichen Fall habe ich bereits als Nr. VII in meiner Monographie (l. c.) mitgeteilt.

Das wichtigste und erfolgreichste Mittel zur Bekämpfung des Schwangerschaftswahnes ist und bleibt die Psychotherapie. Wenn ich zwar nach wie vor der Meinung bin, daß wir bei eingebildet Schwangeren nicht immer, aber doch sehr häufig im Sexualtrakt organische Minderwertigkeiten finden, so gehört doch bei nicht wirklich Geisteskranken als gar nie zu vermissendes Moment eine über die Norm erhöhte Affektivität dazu. Ausnahmslos alle mir bekannten Fälle von hartnäckig eingebildeter Schwangerschaft haben es gemeinsam, daß den Frauen das Ja oder Nein viel wichtiger gewesen war als sonst den, sei es ehelich oder unehelich möglicherweise Geschwängerten.

In den weitaus meisten Fällen genügt die Autorität des gewissenhaften Arztes in Verbindung mit leichter bewußter Suggestion und Persuasion, um die meist ängstliche Vorstellung einer etwa bestehenden Schwangerschaft zu beseitigen. Dies gilt natürlich besonders für die Fälle, wo der Wahn noch nicht Zeit gehabt hatte, sich monatelang festzusetzen. Aber auch bei Frauen, die sich schon nahe der Entbindung glauben, erzielt man manchmal in wenigen Minuten kaum glaubliche Effekte; so erzählt J. Susmann-Galant

[1]) Christofoletti, unser früherer Wiener Frauenarzt, referiert aus der Clinica obstetrica Nr. 35, 1933, den Fall von Giovanni Rizzatti. Eine 48jährige Klosterfrau, welche Krankendienst in einem Spital versah, wurde des Kindesmordes beschuldigt. Es war aufgefallen, daß sie in kurzer Zeit an Leibesumfang abgenommen hatte. Die Gerichtsärzte, unter denen sich Rizzatti befand, gaben ihr Gutachten dahin ab, daß es sich um eine Frischentbundene handelt, da Blut aus dem Genitale sickerte, der Uterus vergrößert war, der Warzenhof pigmentiert und sich Milch aus der Brust herausdrücken ließ. Ein späteres Fakultätsgutachten stürzte das erste Gutachten um, stellte die Nulliparität fest und fand bei der noch menstruierenden Frau klimakterische Erscheinungen, worauf nach sechsmonatiger Haft das Verfahren eingestellt wurde. Rizzatti sucht in dem Artikel die Ursachen zu ergründen, welche berufene Ärzte bewogen haben, das erste Gutachten abzugeben.

aus der Literatur den Fall einer Frau, die bereits Wehen hatte und nach der Erklärung des Arztes (Dr. A. J. M., Med. World, 1902), daß sie weder jetzt noch jemals gebären würde, "got up, dressed herself and got supper". Ebenso berichtete Ernst Gräfenberg, daß er zu einer Entbindung gerufen wurde, wo die Hebamme seit 48 Stunden und ein Arzt seit 24 Stunden auf den Schlußakt der Geburt warteten; um untersuchen und eventuell gleich entbinden zu können, ließ er bei bestehendem Wehensturm sofort narkotisieren und stellte das Fehlen jeder Schwangerschaft fest. Nach der Narkose und nach einer Aufklärung verließ die Frau sofort „das Bett und beschäftigte sich im Haushalt, als ob nichts geschehen wäre".

Ich selbst wurde ebenfalls einmal zu einer mir bis dahin unbekannten Frau gerufen, weil es bei den ersten Wehen gleich zu einer Blutung gekommen war und die Hebamme ganz richtig eine Placenta praevia befürchtete. Es stellte sich heraus, daß während der ganzen „Schwangerschaft" fast regelmäßig, allerdings sehr schwache Menstruation bestanden hatte, die jedesmal als drohender Abort, resp. drohende Frühgeburt gewertet wurde. Jedesmal war die Frau unter der Obhut der Hebamme 3—4 Tage liegen geblieben. Die bei meinem Eintreffen sich in Todesangst befindende Frau konnte ich binnen 20—25 Minuten davon überzeugen, daß sie gar nicht schwanger sei. Ich ließ ihr sofort einen hohen Darmeinlauf machen und gab ihr überreichlich Natrium bicarbonicum. Der ballonierende Meteorismus gab nach und während psychischer Ablenkung gelang das Zuziehen einer festen Bandage um den Körper soweit, daß Patientin selbst schließlich über ihren Schwangerschaftswahn lachen mußte. Sie gab die Wehen auf und holte eiligst die Krankenkassenformulare, damit ich sie gleich unterfertigen könne. Die Enttäuschung der Hebamme war ausdrucksvoller. Ich sah die gewesene Patientin später noch sehr oft und konnte nie etwas geistig Abnormes bei ihr feststellen. Sie war 38 Jahre alt, stand erst seit 4 Jahren im Geschlechtsverkehr, war leicht hypoplastisch und in geistiger Beziehung infantil; besonders schamhaft. Der Wunsch nach einem Kinde war nur ein Entgegenkommen dem Gatten gegenüber, aber kein wirkliches Bedürfnis. Die Angst vor Schwangerschaft und Entbindung war übermäßig groß.

Sehr häufig ist es natürlich gar nicht so leicht, die Frauen von ihrem Irrtum zu überzeugen; dann muß man ganz vorsichtig und langsam vorgehen. Wir müssen sowohl nach den organischen Gründen resp. Prädispositionen forschen und zugleich oder nachher auch auf die Psyche der Frau eingehen.

Das Auffinden von organischen Funktionsstörungen zur Zeit der Pubertät und in präklimakterischen Jahren ist manchmal nur dem geübten Frauenarzt möglich. Sehr viele praktische Ärzte werden sich natürlich mit Recht einer ebensolchen Erfahrung rühmen können. Warnen möchte ich aber doch davor, die Fälle von eingebildeter Gravidität ohne genauestes Organstudium gleich dem Psychotherapeuten zuzuweisen. Irrtümer sind gar zu leicht möglich.

Ich will nur ganz schlagwortartig erwähnen: Ich sah zwei Frauen, die mir als eingebildete Schwangerschaften vorgestellt wurden, während in Wirklichkeit eine beginnende Schwangerschaft vorlag, obwohl die Frauen noch das Kind stillten. Ferner eine Frau mit einer Extrauteringravidität von mehr als zwei Monaten, der der Hausarzt die Schwangerschaft auszureden versucht hatte. Ferner eine Frau im 3. Schwangerschaftsmonat, obwohl vor 4 Jahren von einem anderen Arzte eine beiderseitige Tubensterilisation gemacht worden war. Auch bei dieser Frau hatte

der Hausarzt nach innerlicher Untersuchung die neue, von der Frau fest behauptete Schwangerschaft als gar nicht möglich erklärt.

Ich sah eine Ärztin im 6. Schwangerschaftsmonat, bei der die Gravidität trotz Curettement in der 6. bis 7. Woche (durch einen Frauenarzt) ungestört weitergegangen war und wo der Arzt im Vertrauen auf seinen „Kratz-Effekt" noch zu Beginn des 4. Lunarmonates, allerdings ohne eine Untersuchung für nötig zu finden, versucht hatte, ihr die Schwangerschaft auszureden; sie hatte nämlich seit dem Curettement bestimmt nicht mehr kohabitiert.

Wer etwas derartiges einmal erlebt hat, wird sich hüten, auch nach einer Untersuchung eine beginnende Schwangerschaft mit Entschiedenheit auszuschließen und den Fall, wenn der Schwangerschaftswahn nicht schwindet, gleich dem Psychotherapeuten zuzuweisen. Heute wissen wir doch, daß Störungen der Follikelreifung, Störungen im Wachstum und Vergehen des gelben Körpers, Störungen der Hypophysenfunktion, noch wenig untersuchte oder vielleicht kaum untersuchbare Vorgänge im Zwischenhirn zu körperlichen Erscheinungen führen können, die als Schwangerschaftssymptome sonst so häufig vorkommen, daß die Frau eine gewisse Berechtigung hat, die Symptome in diesem Sinne zu deuten; hieher gehören Colostrum- eventuell auch Milch-Bildung, Erbrechen, Chloasma, Pigmentierungen, Amenorrhöe, rasch zunehmende Fettsucht (speziell in der Bauchregion) etc. etc. Erst dann also, wenn sicher festgestellt ist, daß es sich wirklich nur um einen Fall von Graviditas spuria psychoneurotica ex sterilitate (wie sich S. Galant ausdrückt) handelt, wird die Psychotherapie das vorzüglichste und wohl auch das einzig richtige Behandlungsmittel sein.

Ich habe aber auch in diesen Fällen immer angeraten, womöglich mit der sogenannten „kleinen Psychotherapie" auszukommen und sehe mich dabei in der guten Gesellschaft von August Mayer, Heimann, Bonifield, Gräfenberg, Walthard, S. Galant u. v. a. Auf jeden Fall muß sehr vorsichtig zu Werke gegangen werden; ein Überrumpeln ist fast nie am Platze. S. Galant sagt sehr richtig, daß man damit einen schweren hysterischen Anfall auslösen könne.

Erwin E. Hellstern sah einen Fall, wo eine inhaftierte Frau eine Schwangerschaft und gleichzeitig eine Geistesstörung vortäuschte; die simulierte Psychose verwandelte sich aber bald in eine echte. Hellstern betont, daß es sich bei solchen auch schon von anderer Seite beschriebenen Fällen meist um Personen handelt, die hereditär belastet oder endogen konstitutionell dafür disponiert sind. Die Art und Weise, wie unsere Patientinnen sich bei der Aufklärung über die nichtbestehende Schwangerschaft, also bei einer Suggestionsbehandlung benehmen, bildet auch oft erst den Moment, wo wir erkennen können, ob wir es wirklich nur mit einem relativ harmlosen Schwangerschaftswahn zu tun haben, oder ob nicht eine beginnende geistige Erkrankung (Paranoia, Schizophrenie, schwere Hysterie etc.) vorliegt.

Bei der psychischen Erklärung der Entstehung des Schwangerschaftswahnes wird es oft nötig sein, jedes einzelne Organsypmtom durchzunehmen; manchmal kommen wir dabei auf eine wirkliche Organerkrankung, der sich der Schwangerschaftswahn gewissermaßen nur äußerlich angehängt hat. Öfter aber stoßen wir auf Organneurosen, die dann gleichzeitig oder aber

einmal so oder so organisch oder psychotherapeutisch auflösbar sind. Auch S. Galant rät, wirklich nachweisbare körperliche Symptome wie Hyperazidität, Erbrechen, Dyspepsie, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, eventuell gleichzeitig pharmakodynamisch zu bekämpfen. So ist es vielleicht auch berechtigt, die dabei meist vorhandene Amenorrhöe durch hochwertige Ovarialpräparate, Hypophysenvorderlappenstoffe, durch schwache Röntgendosen (Recasens) auf Ovarien und Hypophyse, kurz durch alle uns zur Verfügung stehenden Mittel zu beheben. Dies hier näher auszuführen, würde zu viel Raum einnehmen. Unbedingt aber muß ich auf einen sehr wichtigen Zusammenhang aufmerksam machen. In all den Fällen, wo Frauen und Mädchen glauben, gegen ihren Wunsch geschwängert zu sein, setzt sofort der Versuch ein, sich der Schwangerschaft zu entledigen.

Dies gelingt nun natürlich in weitaus den meisten Fällen. Alle in der Laienwelt bekannten Mittel, einen Abort herbeizuführen, besonders Hitze in Form heißer Bäder, Fußbäder, heißer Spülungen, eventuell mit Zusatz hyperämisierender Mittel, wie Senf, ferner mechanische indirekte Insulte, wie plötzliche starke Erschütterungen aller Art, aber auch pflanzliche wie chemische Abortiva und nicht zum letzten die Künste und Geheimmittel der inserierenden Kurpfuscher feiern in diesen Fällen ihre Triumphe, eben weil in Wirklichkeit gar keine Schwangerschaft vorlag.

J. R. Spinner hat in einem überaus lesenswerten Artikel darauf hingewiesen, daß es ohne diese Fiktivschwangeren ausgeschlossen wäre, daß es so viele im Geruch der Abortivwirkung stehende innere Mittel gebe. Immer wieder hat exakte Nachuntersuchung gezeigt, daß die meisten chemischen Abortiva zu diesem Zweck vollständig untauglich sind oder aber erst in solchen Dosen die Schwangerschaft unterbrechen können, bei denen schon bedeutende allgemein toxische Wirkungen zu konstatieren sind.

Darüber, wie oft in diesen Fällen von voreilig angenommener Schwangerschaft der Versuch der Abtreibung erfolgt, wird nie eine Statistik aufgestellt werden können. Wenn wir bedenken, welche Unzahl von Mitteln dafür angeraten wird, welche Ausbreitung die diesbezügliche Reklame in fast allen Tageszeitungen und anderen periodisch erscheinenden Presseprodukten einnimmt, wenn wir schließlich in Betracht ziehen, wieviel Personen in allen zivilisierten Ländern fast nur der Abortindustrie ihre Existenz verdanken, so können wir die Zahl der durch Abortivmittel oder Abortivverfahren „günstig" erledigten Schwangerschaften, eben sehr oft fälschlich angenommener Schwangerschaften, gar nicht hoch genug einschätzen. Es muß auffallen, daß von diesen Vorkommnissen früher in der medizinischen Literatur fast gar nicht die Rede war. Dann aber, nachdem Neugebauer in deutschen Landen eine Serie von solchen Publikationen provoziert hatte, haben wir statistische Berechnungen zu lesen bekommen, wo von 37.5% Mortalität des Abtreibungsversuches bei fehlender Schwangerschaft zu lesen war. Also falsche Vorstellungen, falsche Voraussetzungen und ungenügende Sachkenntnis.

Spinner zählt in der Literatur über 100 Fälle von eingebildeter Schwangerschaft mit instrumentellen Verletzungen.

Aus diesem Labyrinth von Einbildung, Täuschung, Lüge und Betrug immer richtig herauszufinden, kann manchmal sehr schwer sein. Sehr oft kommen sich Patientin und Aborteur auf halbem Wege entgegen; die Frau deutet ihre entstandene Notlage nur mit halben Worten an, und die hilfsbereite Hebamme oder der Arzt vermeidet es, sich mehr als ein halbes Geständnis machen

zu lassen und ist vielleicht halb unbewußt gern bereit, eine beginnende Gravidität auch ohne beweisenden Tastbefund anzunehmen und sofort irgend etwas mit Instrumenten an der Frau zu machen, ohne seine Manipulationen zu erklären oder deren Zweck anzugeben. Da wird „sondiert, aufgestochen, gedehnt, ausgewischt, gereinigt, gelöst, gerichtet" usw.

Die Tätigkeit des Arztes stärkt die Frau in dem Glauben an die Gravidität, die mechanische Reizung („es hat ja auch ziemlich weh getan") führt zu einer leichten Uterusblutung und die Frau ist glücklich über den erreichten Abortus. Dieses Spiel wiederholt sich bei derselben Frau oft mehrmals im Jahr, so daß es nichts seltenes ist, daß redselige Frauen erzählen, sie wüßten gar nicht mehr, wie oft sie schon abortiert hätten, „dreißigmal gewiß". Ich habe diese Dinge in einer kurzen Arbeit „Temtamen abortus provocandi deficiente graviditate" einmal zusammengestellt und mein eigenes Material (bis 1922) mitgeteilt[1]).

Vor allem muß es aber Aufgabe aller Ärzte sein, energisch für die Beseitigung der Massensuggestion, daß nämlich jede Verspätung der Menstruation gleich eine Gravidität sei, einzutreten. Wie bekannt, kommt es aber auch vor, daß eine Frau zuerst wirklich gravid war, sich das Ei durch Operation entfernen ließ und dann erst recht glaubt, weiter gravid zu sein. Einen solchen recht interessanten Fall teilte Heimann mit.

A. Böttiger, der bekannte Nervenarzt in Hamburg, erzählt von einer 33jährigen Frau, die nach ihrer 4. Niederkunft alsbald glaubte, wieder gravid zu sein. Monatelang war es nur ein Wahn; zwischendurch kam sie aber wirklich in die Hoffnung und gebar Ende 1897. „Gleichwohl blieb sie bei ihrer Ansicht, daß sie außerdem noch vom September 1896" her in anderen Umständen sei; sie fühlte Kindesbewegungen, Wehen etc. etc. Endlich gelang es ihr, einen Arzt zur Vornahme einer evakuierenden Operation zu bewegen. In Narkose wurde ein Eingriff, wohl ein Curettement, vorgenommen. Schon am 2. Tage nach der Operation fingen aber wieder abnorme Empfindungen im Leibe an. Böttiger bezeichnet die Frau nur als „etwas beschränkt" und hypochondrisch. Es dürfte aber doch wohl eine Schizophrenie vorgelegen sein.

Wie wenig bei Neuropathen Operationen auch bei schönstem objektivem Effekt subjektiv nützen, ist uns allen bekannt. A. Hanse rät zu äußerster Vorsicht in der Indikationsstellung bei diesen Fällen, da man nie sagen kann, ob der Eingriff verbessernd (ob als Suggestivmaßnahme sei dahingestellt) oder verschlimmernd (gesteigerte Fixation auf das Genitale) wirkt[2]). In Nassauers Fall bestand anfangs eine wirkliche Schwangerschaft; die

[1]) Schwere Verletzungen bei operativen Eingriffen gelegentlich von Unterbrechungsversuchen bei wirklich angenommer oder nur zum Schein angenommener Gravidität berichten außer mir H. H. Schmid, Sigwart, Jaschke Tissier; Verletzungen durch den Uterus hindurch bei zwar nicht intrauteriner, wohl aber extrauteriner Schwangerschaft sind ebenfalls außer von mir bereits von anderen Autoren, besonders von Schroderus, beschrieben worden.

[2]) A. Drescher (Ztbl. f. Chir. Nr. 17, 1924) berichtet über ein 20jähriges Mädchen, das im Laufe von zwei Jahren siebenmal laparotomiert wurde, und durch vorgetäuschtes Koterbrechen eine achte Laparotomie zu erreichen suchte.

Frucht starb ab, wurde aber lange Zeit nicht ausgestoßen; die Frau zeigte alle Symptome einer fortschreitenden Schwangerschaft und trug schließlich durch Autosuggestion eine eingebildete Schwangerschaft. Aus diesem Falle zog Nassauer nun aber einen Schluß, bei dem ich ihm gewiß nicht recht geben kann.

Er sagt: „Wir werden, auch wenn kein demgemäßer Befund erhoben werden kann, den Frauen gegenüber von dem beschriebenen Vorgang Erwähnung tun müssen. Denn wir wissen nicht, ob sich nicht ein solcher Vorgang abgespielt hat. War es nicht der Fall, so haben wir dennoch mit diesen Ausführungen den Patientinnen gegenüber ein Heilmittel in der Hand, das auf die Psyche dieser Frauen, insbesondere schwer nervöser Frauen, günstig einzuwirken imstande ist; sie brauchen sich nicht mit den beschämenden Gedanken zu tragen, daß sie sich eine Schwangerschaft „eingebildet" haben. Alles, was das Selbstvertrauen der Nervösen, insbesondere der Hysterischen, zu erhöhen geeignet ist, ist zugleich ein heilender Faktor für dieselben; was das Selbstvertrauen herabsetzt, schädigt sie. Das Bewußtsein, sich eine Schwangerschaft eingebildet zu haben, wird deprimierend auf den Frauen lasten. Durch die Konstatierung der Möglichkeit eines missed abortien wird die Depression vermieden, die Frau der Genesung nähergebracht, von ihrer „Einbildung" geheilt werden können."

Ich will mich nicht darauf einlassen, wie schwere psychische Komplikationen dadurch im Einzelfall erst recht zustande kommen können. Da halte ich es doch lieber noch mit der Wahrheit und mit der vielleicht viel mühevolleren wahrheitsgemäßen Aufklärung der Patientinnen. Schließlich könnte ein so vorgehender Arzt unter Umständen auch mit dem Gesetz in Konflikt kommen. Wenn man sich überlegt, was alles in der Seele so einer „eingebildet Schwangeren" verborgen ruht[1]), darf man sich gewiß nicht auf derartige kleine Notlügen einlassen.

Ein zum Glück gut ausgegangener Fall wird mir in unvergeßlicher Erinnerung bleiben. Eine in sehr gehobener Stellung lebende junge Witwe war im sechsten Monate schwanger. Sie wünschte die Unterbrechung resp. Einleitung einer künstlichen Frühgeburt. Dies wurde von mir und auch von drei mir wohlbekannten anderen Ärzten abgelehnt. Schließlich traf sie aber doch auf einen verständnisvolleren Arzt, der ihr die Schwangerschaft auszureden versuchte, ein sehr großes Kystom diagnostizierte, und zur Laparotomie riet. Sie verlangte nun diese Operation von mir. Ich untersuchte und lehnte wieder ab. Sie wurde laparotomiert und der Uterus supravaginal entfernt. Ich sah sie erst wieder mit schwerster Milchstauung in beiden Brüsten.

Mancher Leser wird sich fragen, warum ich alle diese Dinge hier berichte, statt Ratschläge zu geben, wie die Psychotherapie im Einzelfalle von eingebildeter Schwangerschaft durchzuführen sei. Nun: erstens verstehen die meisten Leser dieser Zeitschrift von der Psychotherapie mehr als ich, und zweitens glaubte ich mich verpflichtet, hier zu zeigen, daß es sich

[1]) Einen recht aktuellen Fall erzählt Benno Hahn (Baden-Baden), wo sich eine Frau eine Schwangerschaft einbildete und dadurch auch erreichte, daß sie auf die Liste jener kam, die in erster Linie eine Wohnung bekommen sollten, sobald solche zur Verfügung der Behörden kämen. Sie hat auch wirklich eine Wohnung bekommen; dann trat aber sehr bald die Periode wieder ein.

bei der eingebildeten Schwangerschaft oft nicht um eine einfache Organneurose handelt, weder um eine Organneurose des Uterus, noch des Eierstocks — obwohl auch solche Fälle vorkommen —, sondern um einen Ausnahmsfall gewissermaßen, indem die Psychoneurose hier etwas vortäuscht, was nicht so bleiben kann, wie es die Täuschung setzte, sondern was naturgemäß zu einem kontrollierbaren Effekt führen will; dieser Effekt heißt nicht mehr und nicht weniger als „Mensch"! Und hierin liegt das Moment, das diesen Wahn unvergleichlich macht mit allen anderen Neurosen oder Psychosen. Man sollte vielleicht die Diagnose richtiger stellen und nicht von „eingebildeter Schwangerschaft", sondern von „Mutterschaftswahn" sprechen. Und jene Fälle, die kein glückliches Ende finden, sondern von der eingebildeten Schwangerschaft zu der vorgetäuschten Geburt und zu der Kindesunterschiebung führen, zeigen uns ganz deutlich, daß der psychologische Kern der ganzen Frage am besten in den Worten zu fassen ist, „das eingebildete Kind".

Kurzer Beitrag zur Neurosenlehre

Sejunktion im empirischen Ichbewußtsein

Von

San.-Rat Dr. Otto Juliusburger in Berlin

Im Jahre 1931 habe ich in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie", Band 78, Seite 152 ff., in einer Arbeit über „Sejunkton im Ichbewußtsein" einen Fall beschrieben, der als solcher wie in theoretischer Hinsicht manches Interesse darzubieten schien.

Der intelligente Patient faßte seinen Zustand, nachdem dieser abgeklungen war, in die charakteristischen Worte zusammen: „Geist und Körper haben sich eine kurze Spanne Zeit von einander getrennt, aber in dem Augenblick, wo sie sich trennten, hörten sie auf, mein Geist, mein Körper zu sein, da gehörten sie mir nicht mehr: großes sichtbares Zeichen, daß wir ein Ich erst empfinden durch die vollkommene Verschmelzung von Körper und Geist." Ich möchte noch einige bedeutsame Äußerungen dieses Patienten anführen. Er sagte u. a.: „Es war, als ob etwas fehlte, als ob ein unausgefüllter Raum herrschte, ein Vakuum, und damit verbunden war das Gefühl einer Leichtigkeit, die mich gewissermaßen in der Luft, jedenfalls über dem Boden, schweben oder schwimmen ließ. Das konkret Körperliche und das Denkende war jedes einzelne, nicht mehr und nicht weniger als eine Pflanze oder ein Tier oder ein Stein, aneinander gereiht an diese Dinge und nicht wie sonst über ihnen stehend. Ich war kein Zentrum mehr."

Ich möchte, wie in meiner Arbeit 1931, so auch jetzt ausdrücklich hervorheben, daß der Patient eine intelligente, für psychische Beobachtungen geeignete Persönlichkeit war, die weder damals, noch jetzt (1934), wo ich Gelegenheit hatte, den Herrn wieder zu sehen, Zeichen irgend einer Geistesstörung darbot. Einige Zeit später suchte mich eine junge Dame, etwa 27 Jahre

alt, unverheiratet, beruflich tätig, auf, um mich über Vorgänge zu befragen, die sie bei sich beobachtete und sich nicht klarmachen konnte.

Die Dame schrieb mir: „Ich habe die Vorgänge so niedergeschrieben, wie ich sie im Gedächtnis habe, ohne stilistisch irgendwie zu feilen oder zu glätten, da es mir lediglich darauf ankam, möglichst erschöpfend meine Gedanken und Wahrnehmungen wiederzugeben. Vor etwa 6 Wochen hatte ich plötzlich bei einer Besorgung in der Stadt das Gefühl, als ob im Gehirn (linksseitig) mit aller Gewalt durch einen sehr schmalen Kanal eine große Menge Blut gepreßt wird; während ich vorher oft Schmerzen, Ziehen und das Gefühl verspürte, als ob ich eine ätzende Flüssigkeit im Gehirn hätte — fühlte ich mit einem Male deutlich warmes, dickflüssiges Blut, das die ganze linke Seite des Gehirns durchzog. Dieser Vorgang war begleitet von einem sehr starken Angstgefühl. Ich muß durch mehrere Straßen gehetzt sein, immer mit krampfhaft zusammengepreßten Lippen, da ich sonst um Hilfe geschrien hätte. Ich hätte jedoch nicht sagen können, wovor man mich hätte schützen sollen. Wie lange dieser Zustand dauerte, kann ich nicht genau sagen. Ich fand mich ganz erschöpft, ich konnte mich kaum auf den Beinen halten in der L...straße und war krampfhaft bemüht, mir ins Gedächtnis zu rufen, wer ich bin und wo ich wohne. Die weitere Erwägung war, daß ich schnell nach Hause fahren müsse. Es kostete mich jedoch große Willensanstrengung, diesen Entschluß auszuführen.

Ungefähr 5 Wochen später hatte ich — wieder auf der Straße — plötzlich das Gefühl, daß sich mein Ich von meinem Körper getrennt habe. Mein Bewußtsein, meine Gedanken, schwebten über dem völlig unwichtigen, mich gar nichts angehenden Körper. Ein wundervolles Gefühl der Ruhe überkam mich, und ich dachte, wenn jetzt irgend ein Unglück, ein Erdbeben geschehen würde, oder mein Körper da unten würde überfahren werden, — was ginge das mich an, du hast gar nichts damit zu tun. Das ist nicht ganz richtig ausgedrückt, denn ein Ich, ein Du existierte nicht, sondern etwas ganz Wesenloses, Gefühlloses konstatierte, daß es so war. Dieser Zustand dauerte nur den Bruchteil einer Sekunde, ich möchte sagen, von einem Schritt zum andern und hat sich bisher nicht wiederholt."

Der zuerst erwähnte Patient hatte sich fast identisch wie diese junge Dame ausgedrückt, nämlich: „Ich sage dauernd: Ich dachte, ich konstatierte, und das ist ganz falsch, denn ich dachte ja gar nicht, sondern so: es dachte in mir, oder nein, auch das nicht, mit mir hatte das gar nichts mehr zu tun. Also: es dachte, etwas dachte." Auch die eigenartige kurzdauernde, indifferente, gleichgültige Stimmung wurde in beiden Fällen hervorgehoben. Ich möchte ausdrücklich bemerken, daß auch die oben erwähnte junge Dame, die mir schon vor ihrem selbst geschilderten psychischen Erlebnis gut bekannt war, keinerlei Zeichen von Geistesstörung — weder vorher, noch später — darbot. Einen ähnlichen dritten Fall hatte ich vor kurzer Zeit zu beobachten Gelegenheit. Auch hier stimmte die Schilderung des seelischen Erlebnisses fast wörtlich mit dem bereits mitgeteilten Darstellungen überein.

Die Fälle der oben geschilderten Art scheinen nicht gar so selten vorzukommen und sind ein dankbares und leichtes Objekt der Behandlung, da sie ebenso rasch einsetzen wie sie wieder vorüberzugehen scheinen. Es ist begreiflich genug, daß der Patient auch nachträglich noch die Angstvorstellung, es könne etwa eine Art Schlaganfall ihn befallen haben, äußert und den Rat eines Arztes einholt. Die körperliche Untersuchung und die Kenntnis des psychischen Vorganges vermag

dann dem Patienten die beruhigende Versicherung zu geben, daß irgend ein ernsteres Leiden weder vorhanden war noch ist. Wie ich in meiner Arbeit (l. c.) hervorhob, handelt es sich in diesen Fällen um elementare Symptome, die ich auf anderweitige bewußte oder unbewußte psychische Vorgänge nicht zurückführen konnte.

Sehr interessant ist in dem zweiten Fall der jungen Dame ihre Angabe über das plötzliche Auftauchen bestimmter Organgefühle, über deren Eigenart wohl nichts weiter gesagt zu werden braucht. Gelegentlich der Mitteilung des Falles a. a. O. hatte ich auf eine Reihe meiner früheren Arbeiten hingewiesen und meine alte Auffassung über den Zwiespalt im Ichbewußtsein gerade durch den mitgeteilten Fall, an den sich jetzt ein weiterer reiht, aufrecht erhalten. Ich hatte das Symptom auf eine Sejunktion oder Dissoziation bzw. Lockerung der Sphäre des primären Ichs, dieser Summe der Organgefühle, des Fühlens und Wollens überhaupt, von der des sekundären Ichs, der Summe der intellektuellen Vorgänge, zurückgeführt. Hinsichtlich des Begriffes der Sejunktion verweise ich auf die eingehenden Ausführungen Wernickes in seinem „Grundriß der Psychiatrie", woran ich in allen meinen Arbeiten angeknüpft habe.

Charakteristischer Weise schilderte mir eine andere Patientin, wo auch keine Zeichen von Geistesstörung trotz langzeitiger Beobachtung von mir diagnostiziert werden konnte, einen von ihr an sich festgestellten psychischen Spaltungszustand.

Die Patientin sagte: „Ich habe immer das Gefühl, daß ich als Zuschauer dem Leben gegenüberstehe; ich stehe nicht drin im Leben, ich stehe außerhalb, und wenn ich z. B. einen Zug sehe, dann sehe ich nicht den Zug im Leben als einen Teil des Lebens, sondern ich sehe den Zug und das Leben nebenan, als ob das Leben eine Sache für sich ist, die Züge Sachen für sich sind, Menschen wieder für sich, infolgedessen alles getrennt, nicht als ob das Leben aus diesen Sachen besteht. Ich fühle mich zurecht, als ob die Weltkugel dasteht und ich nebenan, zwei Gegenstände, nicht die Weltkugel und ich darin, innerhalb, ich habe mein Leben außerhalb des Lebens. Ich und das Leben sind nicht eins, das Weitergehen in der Zukunft ist nicht ein gerader, glatter Weg, er setzt sich nicht richtig fort, sondern hört scheinbar auf. Eine kleine Lücke entsteht, und eventuell geht es weiter, aber eventuell. Die Kontinuität fehlt. Auch von der Vergangenheit bis jetzt kommt es mir vor, daß der Weg nicht allmählich und geradeaus ging, sondern die Vergangenheit war ein Kapitel und hat aufgehört und jetzt hat ein zweites Kapitel begonnen, die Gegenwart, als ob ich auf einmal in ein anderes Leben hereingekommen bin. Ich habe das Gefühl, als ob mein Denken über dem Ganzen steht, ich habe kein Wollen, weil das Denken alles zermürbt und zertrümmert, meine Persönlichkeit wird vom Denken und Grübeln zerdrückt."

Auch in diesem Fall sehen wir deutlich, daß Intellekt und Wille (nicht der Zweckwille), zu dessen Affektionen auch alles Fühlen gehört, nicht dauernd zu einer Einheit im Ichbewußtsein verknüpft sind. Es handelt sich hier um eine Störung in der intrapsychischen Kontiguität, zu der sich auch eine Störung in der Kontinuität gesellt, wie es ja die Patientin selbst klar und deutlich geschildert hat. Die zeitweise Abspaltung des Ichbewußtseins von

der Außenwelt tritt in den kurzen Worten, die ich wiedergab, deutlich genug hervor.

Bereits 1906 habe ich in einer Arbeit im damaligen „Neurologischen Zentralblatt“ über einen Fall von akuter Bewußtseinsstörung berichtet, worin ich eingehend von der funktionellen Einheit von Willenserregungen oder Gefühlsströmungen sprach, die gewissermaßen als tragfester Unterbau die Vorstellungen als Überbau tragen. Die Vorstellungen sind als die Oberwellen, die Gefühle (Willenserregungen) als die sie tragenden Grundwellen anzusehen. Wenn Vorstellungs- und Gefühlssphäre harmonisch ineinanderklingen, so möchte ich von einer intrapsychischen Konjunktion oder Assoziation sprechen. Kommt es zu irgend welchen partiellen oder mehr oder weniger diffusen Lockerungen oder Lösungen der beiden Sphären, so bin ich geneigt, von intrapsychischer Sejunktion oder Dissoziation zu reden.

Ich legte meinen Betrachtungen die bekannte empirisch bedingte Wernickesche Dreiteilung unseres gesamten Bewußtseins zugrunde, nämlich: Das Bewußtsein der eigenen Persönlichkeit, der eigenen Körperlichkeit, der Außenwelt, nach der Wernickeschen Nomenklatur autopsychisch, somatopsychisch, allopsychisch. Kommt es nun zu einem Zustand partieller oder mehr diffuser Lockerung oder Trennung zwischen der selbstverständlich nur schematisch-abstrakt zusammengefaßten Sphäre der Vorstellungen von den Gefühlen (Willenserregungen), so sprach und spreche ich im Anschluß an Wernicke von autopsychischer, somatopsychischer, allopsychischer Disthymie, deren Wesen in einer intrapsychischen Sejunktion, die in gutartigen Fällen nur vorübergehend ist, gesehen werden muß. Unter Sejunktion verstehe ich im Anschluß an Wernicke die Unterbrechung der in den Gehirnneuronen sich abspielenden psychoenergetischen Prozesse mit ihren introspektiven Bewußtseinspiegelungen. Wie Wernicke die Sejunktionstheorie für das Verständnis der Psychosen auch nach meiner heutigen Überzeugung mit bestem Erfolge einführte, halte ich sie auch für unentbehrlich als Schlüssel für die Elementarvorgänge bei den Neurosen. Im Gegensatz zu den Psychosen kommt es aber bei den Neurosen niemals zu einem Verluste der Orientierung in einem der drei Bewußtseinsgebiete, wie sie Wernicke unterschieden hat. Die Gemeinsamkeit des Grundphänomens, nämlich der Sejunktion [1]), macht es auch verständlich, wenn der zugrunde liegende Krankheitsprozeß an In- und Extensität anschwillt, daß gelegentlich ein Übergang von Neurose zur Psychose stattfindet, wie dies z. B. von mir beschrieben wurde bei Psychosen aus Zwangsvorstellungen. Selbstverständlich kann die Sejunktion durch die verschiedenen endogenen und exogenen Faktoren somatischer oder psychischer Natur hervorgerufen werden. Handelt es sich um die Auswirkung von Konflikten, denen ein Individuum auf den

[1]) Otto Juliusburger: Wesen und Ursachen der Neurose. Mon. f. Psychiatr. u. Neur. Bd. 81, 1932, sowie Juliusburger und Leibbrand. Beitrag zur Neurosenlehre, ebendort Bd. 75, 1930.

verschiedensten Lebensgebieten ausgesetzt ist, so muß an die Lösung dieser gegangen werden, wobei, wie ich immer betont habe, und aufs neue betonen muß, es in allen Fällen gilt, eine klare Erkenntnis über den ganzen Willen zum Leben [1]) einer Persönlichkeit zu gewinnen zu versuchen, die intra- und interpsychischen Konflikte [2]) zu lösen, um auf die das Oberbewußtsein wie das Unterbewußtsein umfassende psychologische Analyse eine Lebenssynthese folgen zu lassen, soweit dies Ziel in bezug auf Konstitution und Umwelt der jeweiligen Persönlichkeit ganz oder annähernd erreicht werden kann.

Die psychische Führung der chronisch Kranken und Unheilbaren mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulösen

Von

Univ.-Prof. Dr. Jenö Kollarits in Budapest (dz. in Davos)

Die psychische Führung der Kranken [3]), besonders der chronisch Kranken, ist eine stark vernachlässigte Domäne der ärztlichen Praxis. Der Arzt geht da meist ohne Überlegung rein intuitiv, nur seinem Temperament gehorchend vor. Bei akuten Krankheiten wird das Taktgefühl meist mehr minder gut über die Klippen hinüberführen, bei chronischen Krankheiten ist jedoch eine Überlegung der Aufgabe am Platze. Wenn sich die Lage in den letzten 10 Jahren, besonders in der psychischen Führung der Lungenkranken, durch Einführung der Arbeit in den Volksheilstätten, bedeutend gebessert hat, bleiben doch bei diesen, sowie bei anderen Krankheiten noch erhebliche Aufgaben und besonders systematische Organisationsarbeiten in den Krankenhäusern übrig.

Wir müssen uns in der Psychagogik der chronischen Kranken und Unheilbaren mit folgenden Fragen beschäftigen: 1. Mitteilung der Diagnose. 2. An-

[1]) Otto Juliusburger: Biozentrische Psychoanalyse. Psychiatr.-Neur. Wochenschr. H. 2, 1928.

[2]) — Grundlagen, Aufgaben u. Grenzen d. Psychotherapie, F. d. Med., H. 8, 1931.

[3]) S. hierüber meine Aufsätze: Muß der Patient wissen, daß er an Lungentuberkulose leidet? Wien. kl. W. 1913. — Stacheldrahterscheinungen in Lungenkurorten. Schweiz. m. W. 1921. — Biologie und Psychologie des Leidtragens. In „Natur und Mensch". H. 7—9, 1922. — Die psychische Führung der chronisch Kranken und Unheilbaren. Schweiz. m. W. 1923. — Die psychische Führung der Tuberkulösen. Schweiz. m. W. 1925. — Vorschlag zur systematischen Organisation der psychotherapeutischen Beschäftigung der Kranken in Kurorten und Sanatorien. Z. f. Tbc. 44, 1926. — Wie leitet der Charakter den Kampf gegen die Tuberkulose? Schweiz. m. W. 1928. — Zur Fürsorge für tuberkulöse Hochschulstudenten und Prophylaktiker. Z. f. Tbc. 54, 1929. — Die angebliche Euphorie der Tuberkulösen. Archiv f. Psychiatrie, 91, 1930.

passung des Kranken an das Erlebnis der Krankheit. 3. Anpassung an das Erlebnis der Kurnotwendigkeiten. 4. Vorbereitung zum gesunden oder zum von der chronischen Krankheit beeinträchtigten Leben.

Die Mitteilung der Diagnose, das Erlebnis der Krankheit und der Kurnotwendigkeiten sind psychische Traumen, auf die der Kranke psychisch reagiert. Die Art der Reaktion hängt vom somatisch-psychischen Charakter des Patienten ab. Bei normalem Charakter ist die Reaktion depressiv, wird aber früher oder später überwunden. Nur überempfindliche Menschen leiden ohne Ende. Sie bilden nach meinen Erfahrungen eine Minderheit. Hysterische, neurasthenische, paranoide, zyklothyme (manisch-depressive) Charaktere reagieren im Sinne ihres angeborenen Charakters mit hysterischen, neurasthenischen, paranoiden, manisch-depressiven Symptomen. Die depressiven Symptome sind für den weiteren Verlauf der somatischen chronischen Krankheit von großer Wichtigkeit, da sie bei Infektionen die Widerstandskraft des Organismus schon an sich, außerdem durch Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit lähmen und auch auf andere Krankheiten, z. B. auf die Kompensation bei Herzleiden einen schlechten Einfluß ausüben. Die hysterischen, neurasthenischen und die anderen Charakterreaktionen stören auch die Einhaltung der Kur und machen sie z. B. bei Tuberkulösen oft ganz unmöglich, wenn die Patienten aus Laune, oder weil sie „das Kurleben nicht mehr aushalten können" durchgehen. Jeder Lungenarzt kennt Patienten, die nur darum gestorben sind, weil sie sich aus solchen Gründen den Kurnotwendigkeiten nicht unterwerfen konnten. Wenn Brehmer sagte, daß der Lungenkranke nicht an seinem Leiden, sondern an seinem Charakter stirbt, so dachte er mit diesem cum grano salis richtigen Satz an solche Kranke.

1. Dem psychischen Trauma der Mitteilung der Diagnose können wir sehr oft nicht aus dem Weg gehen. Die Täuschung ist übrigens nur für kurze Zeit möglich. Wir können die rein psychische Seite des Traumas nicht allein in Betracht ziehen, da ein Kranker, dem wir den Ernst seines Leidens vorenthalten, auch nicht zu einer regelrechten Kur zu haben sein wird. Bei der Tuberkulose fällt noch die Infektion der Umgebung in die Waagschale. Wird die Umgebung (die andere Ehehälfte, Geschwister und Kinder) vor Infektion nicht geschützt, was nur durch Mitteilung der Art des Leidens möglich ist, so stiftet man nicht nur in unverzeihlicher Weise schweren Schaden, sondern setzt auch den Patienten neuen psychischen Traumen aus, die von den Erkrankungen in der Familie, deren Schuld sich der Kranke zuschreiben wird, ausgehen. So wie kein Arzt dem luetisch Infizierten die Diagnose verheimlichen wird, so soll dies auch bei der Tuberkulose nicht geschehen, die heute doch nicht mehr den Schrecken, wie einst bedeutet. Ausnahmen muß man bei nicht Erwachsenen machen, da man in diesem Falle die Diagnose den Eltern mitteilt. Mindestens von der Infektionsgefahr und von „Lungenerkrankung" muß der Arzt unbedingt sprechen, wenn er das Wort Tuberkulose bei der ersten Konsultation vermeiden will.

Die nächste Frage des Patienten wird nach der Prognose sein, die auch medizinisch schwer zu beantworten ist. Ob diese Frage gleich, oder im späteren Verlauf des Leidens gestellt wird, soll der Arzt nicht vergessen ,daß der Patient seine materiellen Angelegenheiten mit den Kurkosten in Einklang bringen muß. Spricht man, wie es manchmal geschieht, von einem Kuraufenthalt von einigen Wochen oder

1—2 Monaten, so wird der Kranke im Gedanken, daß man zur kurzen Kur „alles" aufbieten müsse, leicht geneigt sein, über seine materiellen Kräfte Geld auszugeben. Dann bleibt ihm gerade für jene Zeit nichts übrig, wo er es am nötigsten brauchte. Wenn man für die Heilung allzukurze Zeit in Aussicht stellt, um den Patienten nicht zu erschrecken, so verliert er das Vertrauen zum Arzt, wenn die Vorhersage nicht zutrifft. Er kommt bei immer neuerer weiterer Verschiebung des Heilungstermines in jenen peinlichen Zustand zwischen Hoffen und Verzagen, der manchmal böser ist als das eingetroffene Unglück selbst.

2. 3. Das Anpassen der Seele des Kranken an das Erlebnis der Krankheit und der Kurnotwendigkeiten ist bei der Tuberkulose am leichtesten in einer Anstalt, bzw. in einem Sanatorium erreichbar, das mindestens für die ersten Monate der Kur sowieso angezeigt ist. Denjenigen, die der Familienumgebung den Vorzug geben, möchte ich sagen, daß so aufopfernd auch die Angehörigen der Kranken bei akuten Krankheiten sind, tritt doch in überwiegender Zahl der Fälle von chronischen Kranken bald eine Ermüdung ein und am Ende werden Gatten, Kinder, Eltern des Kranken überdrüssig, der ein Hemmnis für ihr normales Leben ist. Der Kranke selbst, der das gesunde Leben um sich tummeln sieht und daran nicht teilnehmen kann, wird leicht verärgert und fühlt sich besser in einer Umgebung, die so leben muß, wie er.

Allerdings bilden sich in Kurorten und Sanatorien bei dazu Disponierten bei langem Aufenthalt nervöse Erscheinungen aus, die ich 1921 „Stacheldrahterscheinungen" nannte, weil sie jener Symptomatologie nahekommen, die man im Krieg in Gefangenenlagern beobachtete[1]), und die später im „Zauberberg" Thomas Manns belletristische Bearbeitung fand. Beiden Fällen gemeinsam ist der ätiologische Komplex: „Beraubung der Freiheit auf unbekannte Dauer". Es genügt jedoch eine kurze Unterbrechung des Aufenthaltes im Sanatorium oder im Kurort zur Heilung der nervösen Symptome.

Die Krankheit erträgt der Patient so wie einen protrahierten Unglücksfall. Arzt und Umgebung versuchen, ihn mit Worten zu trösten. Am wichtigsten ist es, die Hoffnung des Kranken aufrecht zu erhalten. Wenn der Kranke sieht, daß sein Zustand sich bessert und daß die günstigen Voraussagungen des Arztes zutreffen, wird er sich am leichtesten mit dem Leiden und den Kurnotwendigkeiten abfinden.

Die leeren Trostworte der alten Trostbüchlein, wie solche von Seneca[2]) und Boëtius[3]) vorgeführt werden, helfen mit ihren gekünstelten „Argumenten" wenig. Boëtius sagt der Göttin Philosophie sehr richtig, daß ihre honigsüßen Worte nur solange trösten, solange man die Musik der Worte hört. Es ist also nicht das Wort, sondern seine Musik, die tröstet. Es ist das mitfühlende Herz, das hinter den Worten steckt und das man hinter den Worten herausfühlt.

Das, was den Menschen beim Erleben eines Unglücks, ebenso wie aus dem Erlebnis einer chronischen Krankheit herausreißt, kann in erster Reihe nur

---

[1]) A. L. Vischer: Die Stacheldrahtkrankheit. Beiträge zur Psychologie der Kriegsgefangenen. Verlag Rascher, Zürich 1918.

[2]) Seneca: Ausgewählte Schriften. Reclamausgabe.

[3]) Boëtius: Tröstungen der Philosophie. Reclamausgabe.

aus dem Inneren des Menschen kommen. Diese Kraft habe ich in meinen Arbeiten „organische Strebung" genannt. Sie ist identisch mit dem metaphysischen Begriff der „Horme" v. Monakows[1]), die er als eine potentielle Energie, als Mutter der Instinkte betrachtet. Jeder, der sich beim Weg aus dem seelischen Leiden, sei es ein Unglück, sei es eine chronische Krankheit, beobachtet, wird bemerken, daß die eigentliche Kraft, die uns über die Klippe hinüberhilft, die organische Strebung ist.

Wenn diese Kraft aber eine organische und zwar eine angeborene Eigenschaft des Menschen ist, wie kann der Arzt mit seiner psychischen Führung ihr beikommen? Die Antwort lautet: Er kann sie unterstützen, indem er keine psychische Erlahmung duldet, sondern den Kranken, sobald das Leiden es erlaubt, sofort beschäftigt. Die psychotherapeutische Beschäftigung ist also die wichtigste Aufgabe des Arztes, sowohl bei der psychischen Führung der Lungenkranken, wie bei anderen chronischen Leiden, und auch bei unheilbaren Krankheiten.

Auch die geringfügige Tätigkeit hat einen Wert, sogar die in den Kurorten beliebt gewordene Briefmarkensammlung. Wert haben Lektüre, Vorträge, großen Wert hat Musik. Sagt doch Luther: „Denn will man den Traurigen aufrichten, was kann man kräftigeres finden als Musik". Richtig sagt auch Bischof von Keppler[2]): „Schaffe Dir auf deinem Krankenlager einen Wirkungskreis . . . Versagt die rechte Hand, so versuche es als Linkshänder; kann der Kopf nichts mehr leisten, so vielleicht die Arme; wenn der Körper nicht, vielleicht noch der Geist . . . und kannst Du keine Bücher mehr schreiben, so vielleicht einem Kinde das ABC beibringen; kannst Du Dein Handwerk nicht mehr ausüben, so vielleicht noch dem Kinde Spielzeug schnitzen, kannst Du die Haushaltung nicht mehr führen, so vielleicht noch die Stricknadeln . . ."

All das ist bei gelegentlicher Verwendung Beschäftigung, aber es ist noch nicht systematische und nicht befriedigend psychotherapeutisch eingestellte Beschäftigung.

Die systematisch organisierte ernstliche psychotherapeutische Beschäftigung verlangt mehr. Sie muß a) bei allen Patienten jedes Sanatoriums, jedes Kurortes, jedes Krankenhauses, das chronisch Kranke beherbergt, vorbeugend sobald als möglich einsetzen, und in den Lungensanatorien nicht erst begonnen werden, wenn der Kranke sich schon beklagt und wenn der Widerwille gegen die Kur sich schon ausgebildet hat. b) Die systematisch organisierte psychotherapeutische Beschäftigung muß ebenso unter Kontrolle des Arztes stehen, wie die Liegekur und der Spaziergang. c) Die systematisch organisierte psychotherapeutische Beschäftigung darf nicht nur rezipierend, sondern muß aktiv sein. d) In jedem Sanatorium, das chronisch Kranke für längere Zeit beherbergt, soll eine besondere Kraft, z. B. die Gattin eines Arztes oder eine Lehrerin, in jedem Kurort, in jedem Krankenhaus ein Stab von Angestellten unter einer Zen-

[1]) v. Monakow: Psychiatrie und Biologie. Schweiz. Arch. f. Neurol., Bd. 4, 1919. Biologie der Instinkte. Ibidem. Bd. 8 u. 10, 1921/22.

[2]) v. Keppler: Die Leidenschule. Freiburg in Br.

t r a l l e i t u n g diese Aufgabe übernehmen. e) Die systematisch organisierte psychotherapeutische Beschäftigung dient nicht nur der Ablenkung der Kranken von bösen Gedanken, sondern außerdem auch der F ö r d e r u n g d e r L e b e n s z w e c k e der Kranken. Sie soll also nicht eine x-beliebige Beschäftigung sein, sondern dem heilbaren Patienten seine beruflichen Lebensmöglichkeiten der Zukunft erhöhen. f) Um dies zu erreichen, ist in allen Sanatorien, Kurorten und Krankenhäusern ein K a r t o t h e k s y s t e m einzurichten, in welchem die geistigen und handwerklichen Interessen des Kranken bei ihrer Aufnahme eingetragen werden. g) Laut diesen Kartotheken sollen B e s c h ä f t i g u n g s - o d e r I n t e r e s s e n z i r k e l gebildet werden, in welchen jeder Patient sich entweder im Berufe weiterbildet, oder solche Kenntnisse erlangt, die ihn direkt oder indirekt fördern, also Zirkel für Handarbeit, Kunstgewerbe, Zeichnen, Modellieren, Deklamieren, Gesang, Musik und einzelne Wissenszweige. Indirekte Förderung ist z. B., wenn ein chronisch kranker Arzt sich mit Zeichnen, oder Mathematik, oder Botanik, Zoologie, Geologie etc. beschäftigt, da sich teils sein Gesichtskreis dadurch erweitert, und er teils die erworbenen Kenntnisse in seiner Wissenschaft verwerten kann.

4. Die systematisch organisierte psychotherapeutische Beschäftigung entspricht auch dem vierten Postulat der seelischen Führung, da sie das g e s u n d e o d e r h a l b g e s u n d e L e b e n v o r b e r e i t e t. Im Sinne dieses Zweckes muß dem Patienten seine gesunde Zukunft immer vor Augen gestellt werden.

Ein Speziellfall dieser Vorbereitung ist die O r g a n i s a t i o n d e s U n t e r r i c h t e s f ü r l u n g e n k r a n k e H o c h s c h u l s t u d e n t e n. Zu diesem Zweck muß in jedem Land, möglichst im Hochgebirge, ein Hochschulstudentensanatorium eingerichtet werden, das sich nach dem Muster des Studentensanatoriums in Leysin und bei Grenoble einer Universität anschließt. Mein Plan, in Davos oder anderswo eine internationale Hochschule zu errichten, ist heute noch nicht spruchreif, darf aber in der Zukunft nicht aufgegeben werden. In Österreich sollte das Hochschulstudentensanatorium am S e m m e r i n g errichtet werden.

Ich habe in diesem Aufsatz hauptsächlich die seelische Führung der chronisch Kranken besprochen. Für die Unheilbaren, die sich an ihr Leiden anpassen müssen, gelten dieselben Ratschläge. Nur steht hier an Stelle der Aufgabe der Vorbereitung für das gesunde Leben die Aufgabe der Anpassung an das Leiden und an eine gegebenenfalls mögliche Leistung in der Krankheit. Die Psychotherapie jener Lungenkranken, die an neurasthenischen, hysterischen oder anderen nervösen Symptomen leiden, ist dieselbe wie bei Nichttuberkulösen. Wir müssen das ganze Leben solcher Patienten durchblättern, um sie verstehen und ihnen Ratschläge geben zu können. Von der P s y c h o a n a l y s e der Lungenkranken, für die jede Aufregung schädlich ist, ist wegen der psychischen Reaktionen, die sie hervorbringt, zu w a r n e n.

Ein Teil der von mir seit 1921 empfohlenen systematischen Organisation der psychotherapeutischen Beschäftigung ist in Davos vom Kurverein, von

der Kunstgesellschaft und vom Lesezirkel zu voller Zufriedenheit der Teilnehmenden durchgeführt worden. Die Einführung dieser Organisation ist nicht nur für Lungensanatorien, sondern für alle Kliniken und Krankenhäuser eine dringende Notwendigkeit.

MITTEILUNGEN

Aus der Analyse eines Waschzwanges

Von Dr. Oluf Brüel in Kopenhagen (Dänemark)

Nachstehend eine Mitteilung über gewisse psychodynamische Verhältnisse, wie sie sich beim Entstehen einer Zwangsneurose geltend machen. Wohl finden wir in der Literatur (Freud, Stekel, Jones) bereits eine Reihe ähnlicher Darstellungen, dennoch scheint es von Interesse zu sein, einem größeren ärztlich-psychotherapeutischen Forum derartige psychoanalytische Beobachtungen einmal an einer skandinavischen Patientin zu demonstrieren, deren Krankengeschichte geradezu ein Schulbeispiel sein dürfte.

Es handelt sich hier um eine 26jährige, geschiedene Arztensgattin. Ihre Familie — die Eltern und ein jüngerer Bruder — wird als gesund geschildert; bloß die Mutter ist ein wenig nervös. Auch die Patientin selbst soll ein gesundes Kind und ein normal entwickeltes junges Mädchen gewesen sein.

Als sie in Behandlung kam, zeigte sie einen ausgesprochenen Psychoinfantilismus oder richtiger gesagt eine Psychojuvenilität, die sich in ihrem schulmädchen- und backfischhaften Verhalten und einer dementsprechenden Interessen- und Geistessphäre äußerte. Fast pathognomisch für diese psychische Juvenilität wirkte die Tatsache, daß Patientin, im Gegensatz zu sonstigen erwachsenen Frauen, aber in genauer Übereinstimmung mit den wirklich Jungen, jede Anspielung auf ihre Jugendlichkeit im höchsten Maße ungnädig aufnahm. Dem juvenilen Gehaben entsprach das ganze Aussehen, der „Typ“, den Patientin darstellte. Es war der „eternal flapper“ in Reinkultur.

Neben dem geschilderten Verhalten litt Patientin an einer Zwangsneurose, mit jenen Kennzeichen ausgestattet, die Verf. durch die Bezeichnung psychotraumatische Neurose charakterisiert hat[1]).

Patientin klagt darüber, daß sie seit einigen Jahren an einer ständigen, sich immer mehr geltend machenden Reinlichkeitsmanie (Waschzwang) leide, die sogar ihrer Umgebung unangenehm aufgefallen sei.

Dieser krankhafte Hang zur Reinlichkeit zeigt sich in einem übertriebenen Waschen der Hände — pathologisch sowohl in bezug auf die Häufigkeit als auch auf die Art des Waschens. Die Patientin gibt an, daß sie sich die Hände 20- bis 30mal täglich waschen muß und ihre Mutter zur Verzweiflung bringt durch den sehr bedeutenden Verbrauch an Seife und Handtüchern, welch letztere oft nach einmaliger Benutzung weggetan werden müssen.

---

[1]) Acta Psychiatrica et Neurologica, Fasc. 3, 1933 (Kongreßbericht) und Fortschritte der Medizin, H. 24, 1933.

Das Waschen selbst geht so vor sich, daß die Kranke zunächst das Seifenstück sorgfältig unter dem Wasserhahn abspült oder — ist ein solcher nicht vorhanden — mit etwas Wasser aus der Wasserkanne oder der Karaffe übergießt. Hierauf wird das mehr allgemeine Waschen der Hände vorgenommen, dem ein immer weitergehendes, besonderes Einseifen der einzelnen Finger, vor allem des Daumens und des Zeigefingers, folgt. Die einander zugekehrten Seiten dieser Finger, das vordere Gelenk des Daumens und der Nagelfalz, erfahren schließlich eine eigentümliche „Nachbehandlung", indem der Daumen in die hohle Hand gebeugt wird und die anderen Finger sich um ihn schließen, während reibende Bewegungen zwischen dem Daumen und den anderen Fingern ausgeführt werden. Bei dieser Prozedur muß eine reichlich dicke Seifenwasserschicht (Seifenlösung) die betreffenden Flächen bedecken.

Während der Waschzwang als solcher von der Patientin als sehr quälend empfunden wird, scheint dieses zuletzt geschilderte Vorgehen von einem gewissen Lustgefühl begleitet zu sein, das deutlich auch an dem Gesichtsausdruck der Patientin zu erkennen ist; sie ließ sich nämlich dazu bewegen, mir ihr Waschzeremoniell einmal zu demonstrieren. Eine solche Vorführung ist immer von Bedeutung, da unsere Patientin fast nie eine ganz ehrliche, exakte und detaillierte Beschreibung ihres zwangsneurotischen Zeremoniells zu geben geneigt sind; handelt es sich doch hier gewöhnlich um eine allzu verräterische Symbolik.

Abgesehen von den Händen ist Patientin wohl reinlich, doch keineswegs übertrieben. Bloß die mit Menstrualblut oder Vaginalschleim beschmutzte Wäsche wird mit übergroßer Vorsicht behandelt. Nachdem die Patientin sie in den Beutel mit schmutziger Wäsche verstaut, folgen auch schon des Langen und des Breiten die oben angeführten Reinigungsprozeduren der Hände.

Diese Vorsicht begründet die Kranke mit der Angst, andere Menschen mit ihren Sexualsekreten zu beschmutzen oder gar anzustecken — trotzdem sie von ihrer geschlechtlichen Gesundheit vollkommen überzeugt ist. Wer Bescheid weiß um den Charakter der Zwangsneurotiker, der verhält sich von vorneherein skeptisch gegen solche altruistisch scheinende Begründungen[1]; ihre wahren Motive aufzudecken ist Sache einer, dem jeweiligen Fall entsprechenden, besonders abgestimmten, modifizierten Psychoanalyse.

Für die vorliegende Behandlung haben wir den Angriffspunkt gefunden, als Patientin bei der Erwähnung ihrer „infizierenden Sexualprodukte" ständig von einem besonders gefährlichen „Keim" sprach, der, wie sie gehört oder gelesen hatte, von Zeit zu Zeit mit ausfließe und sich entweder im Menstruationsblut oder im Vaginalschleim vorfinde. Diesen Keim, der, wie sie selbst sagte, die weibliche Geschlechtszelle repräsentieren müsse, bezeichnete die Patientin wiederholt als „Samen" oder „Samenhaut", eine Auslegung (quasi Fehlleistung im Sinne Freuds), die uns das weitere Forschen im bewußten Geschehen unserer Kranken wesentlich erleichterte.

Patientin erzählte dann von ihrer 1½ Jahre dauernden mißglückten Ehe und gab zu, daß der Waschzwang erst im Anschluß an diese Ehe aufgetreten war. Doch konnte sie zunächst nicht einsehen, was das eine mit dem andern zu tun haben könnte. Ihrem Gatten gegenüber war sie durchaus kühl — sie ging meist früh zu

[1]) Im Gegenteil ist für den Zwangsneurotiker ein ausgeprägter narzißtischer Egoismus charakteristisch — „constituing in fact the very bedrock of the obsessional-neurotic character". (Brüel: „On the Genetic Relationship of Some Obsessional-Neurotic Character-Traits", Journal of Mental and Nervous Disease, im Druck.) Vgl. in derselben Richtung Stekels Ausspruch in „Zwang und Zweifel", S. 385: „Der Altruismus der Zwangskranken ist nur die Überkompensation eines brutalen Egoismus . . ."

Bett, ein paar Stunden vor ihm, um sich durch wirklichen oder fingierten Schlaf ihren ehelichen Pflichten entziehen zu können.

Ihr Mann, der ein willensschwacher, etwas sentimentaler Mensch gewesen sein soll, vermochte die Frau sexuell nicht zu wecken, geschweige denn zu befriedigen. Sie drückt sich hier ungefähr so aus: „Er war einer von den anbetenden jungen Männern, gar nicht, was man unter einem richtigen Mann versteht, wie z. B. mein Vater es war; hätte ich einen Mann von der Art meines Vaters bekommen, so wäre sicher alles anders geworden.“ (Elektrakomplex.) Wenn es doch einmal zum Coitus kam, dann war es ein interrupter, bei dem Pat., wie sie betonte, nicht das geringste empfand. Nach einiger Zeit freier Assoziation — immer ausgehend von der Unlogik der Bezeichnung der weiblichen Geschlechtszelle als Same — gibt die Pat. zu, daß der Waschzwang nicht nur im Anschluß an Geschehnisse im intimen ehelichen Zusammenleben, sondern sogar auf Grund dieser Geschehnisse entstanden sei und daß gerade das Sperma des Mannes eines Rolle dabei gespielt habe.

Der naheliegende Gedanke, daß die Furcht vor einer Schwängerung den Waschzwang determinieren könnte, ließ sich in diesem Fall nicht aufrechterhalten, obwohl die Pat. sicherlich auch keine Kinder von ihrem Manne gewünscht hatte, den sie ihrer Behauptung nach nur aus Mitleid heiratete. Die Furcht vor der Konzeption wurde von der Pat. auf natürliche und bewußte Art bekämpft: Durch Ausspülungen post coitum oder ähnliche adäquate Prozeduren, nicht aber etwa durch ein absonderliches Reinlichkeitszeremoniell von unverkennbar psychopathologischem Charakter.

Nein, der Ausgangspunkt für den Waschzwang muß in einer weniger „natürlichen“ Angstsituation gesucht werden, und zwar in einer psychischen Spättraumatisierung und Aktualisierung in der Gegenwart unbewußter, verdrängter Triebregungen, auch wenn die allgemeine Schwängerungsangst sehr wohl dazu beigetragen haben kann, die für die Dynamik der Psychoneurosen so bedeutsame „Angstbereitschaft“ zu erhöhen.

Die aktuelle psychotraumatische Situation wird von der Pat. ungefähr folgendermaßen geschildert: Eines Nachts, nach einem mißglückten Coitus, den die Pat. fortzusetzen sich weigerte, hatte der Gatte sie gebeten, ihn manuell zur (heteroonanistischen) Ejakulation zu bringen. Die Pat., die auf den Wunsch des Mannes einging, sah plötzlich ihre Hände, besonders Daumen, Zeigefinger und die Innenseite der Hand, von Sperma übergossen. Diese eigentümliche Kulmination einer unvorhergesehenen Situation durchbrach sozusagen die schützenden psychischen Integumente der Patientin und schuf (allerdings auf psychotraumatisch präformierter Basis) das zwangsneurotische Leiden, dessen hervorstechendes Symptom das eigenartige Waschzeremoniell wurde [1]).

Man kann sich die intrapsychische Dynamik ungefähr so vorstellen: Das ganze Geschehen ist als überaus peinlich sofort aus dem Bewußtsein verdrängt oder, wenn man will, annulliert worden, um später als Symptom in Form von Zwang und Angst hervorzutreten [2]).

[1]) Vgl. Jones, Papers on Psychoanalysis, S. 462: „The excessive significance of the hands is due partly to . . . their association with the act of masturbation . . .“

Im übrigen ist selbst ein so kurioses Krankheitsbild wie eine Spermatophobie auf den ersten Blick zu sein scheint, keineswegs ein so seltenes Phänomen in der Sexualpathologie. Vgl. z. B. den Fall Erna K. bei Stekel, l. c., S. 219.

[2]) Vgl. die Fälle in den in Anm. 1 zitierten Publikationen. Vgl. hier auch Michaelis: „Hier spiegelt sich in gewissen Fällen eindeutig ein Unterliegen, ein Erleidnis, eine Qual und nicht ein Wunsch“. Michaelis: Die Menschheitsproblematik der Freudschen Psychoanalyse, S. 17/18; ferner Jennings-White: British Journal of Medical Psychology, Vol. XI, Teil 4, 1932.

Die Vorstellung von der Spermabesudelung der Hände und überhaupt von dem Erlebnis als Ganzem ist durch diese Verdrängung verschoben worden auf die Vorstellung einer allgemeinen psychischen Besudelung, einer Beschmutzung in übertragener Bedeutung — wobei allerdings die Hände als solche im Vordergrund des Interesses bestehen blieben. Das Symptom, die Waschmanie, ist hier, wie auch sonst gewöhnlich, eine Kombination verschiedener Faktoren, mehr oder minder verborgener „Triebregungen", die sich im Symptom einen motorisch-affektbetonten Ausdruck suchen. Im vorliegenden Fall sind sicherlich antagonistische Tendenzen gegeben, die sich in der symbolischen Zeremonie, welche der Waschzwang repräsentiert, in dem stark affektbetonten psychoneurotischen Kompromiß vereinen. Wir wollen die einzelnen Elemente etwas näher betrachten: Erstens nimmt die Pat. durch ihr Waschzeremoniell Abstand von ihrer Teilnahme an der psychotraumatischen Handlung — ein gutes Beispiel für das, was Freud „Ungeschehenmachen" genannt hat. Brauchte doch schon Pilatus, als seine Bestrebungen, Jesum gegen die Wut der Volkmassen zu schützen, gescheitert waren, gerade die Worte: „Ich wasche meine Hände"[1]) als symbolischer Ausdruck dafür, daß er jede weitere Verantwortung ablehne.

Zweitens aber behauptet Pat., daß sie fürchte, andere zu infizieren, bzw. zu beschmutzen, und daß dies die eigentliche Ursache ihres Reinlichkeitsdranges sei. Diese Erklärung liegt in Wahrheit ganz an der psychischen Oberfläche und darf uns darum nicht irreführen. Sie ist, wie ja bereits angedeutet, nur Ausdruck eines sogar ziemlich primitiven, groben Rationalisierungsprozesses, unter dessen Schutz die Pat. die Furcht, sich selbst zu beflecken (vgl. hier die alte Gleichstellung Onanie = „Selbstbefleckung") durch die dem Ichbewußtsein mehr zusagende, mit Altruismus geschmückte Furcht, andere zu beflecken, erklären will.

Als fernere Determinante muß der Umstand erwähnt werden, daß die Pat. seit ihrer Schulzeit onaniert hatte, weshalb auch das Erlebnis mit dem Gatten seinerzeit bestandene Hemmungen und Gegenvorstellungen gewaltsam aktivieren konnte. Die durch das spättraumatische Erlebnis geweckte starke Unlust wurde damit über die für ein normales psychisches Gleichgewicht notwendige Grenze hinaus erhöht. Es ist übrigens ein nicht unbekanntes psychologisches Phänomen, daß wir dem Andern ein Laster dann besonders schwer verzeihen, wenn wir es in uns selbst gerade überwunden zu haben glauben.

Die Onanie der Pat. begann mit einem Ereignis im Turnsaal, als sie etwa neun Jahre alt war: Sie rutschte an einem Seil herab und erlebte dabei ein bisher nicht bekanntes sexuelles Lustgefühl. Noch Jahre später strahlten die Augen der Pat., als sie von dieser Sensation erzählte, dieser ihrer ersten Begegnung mit der Sexuallust. Dabei ist nicht daran zu zweifeln, daß das starke, auf diese relativ seltene Art entstandene Wollustgefühl, welches bald mit deutlichen Schuldgefühlen verknüpft wurde, den Sexualtrieb der Pat. auf verhängnisvolle Weise vom natürlichen Wege abgelenkt hat. Es war eine ausgesprochene Klitorisonanie, die Pat. betrieb; niemals hatte sie Verlangen nach der Einführung von Fingern oder sonst welchen Gegenständen in die Vagina. Auch dieses für ihre eheliche Prognose ungünstige Faktum erklärt sich ungezwungen aus ihrem vorpuberalen „Urtrauma", dem Erlebnis im Turnsaal.

Sie war damals gerade in der Latenzperiode (die nach Freud vom sechsten Lebensjahr bis zum Beginn der Pubertät dauert), in der das Geschlechtsgefühl des Mädchens noch nicht die bedeutsame Verlegung von der Klitoris zur Vagina durchgemacht hat. Daß ihr das auch späterhin nicht gelingen wollte, ist auf die starke Fixation an das „Turnsaal-Erlebnis" zurückzuführen. Sie hat ihre juvenile Klitoris-Sexualität und damit möglicherweise sowohl ihren psychischen, wie auch den physischen juvenilen Habitus beibehalten.

---

[1]) Neues Testament: Math. 27, 24.

Mit dem traumatischen Erlebnis und der ihm folgenden Form der Onanie haben wir eine Erklärung für den besonders hohen Grad von Ekel und „Isolierung" von den am meisten in die Augen fallenden Komponenten im Entstehungsmechanismus des Waschzwanges (Aktivierung der Gegenvorstellungen). Wir haben aber so viel über die frühere Einstellung der Pat. zu ihren onanistischen Praktiken erfahren, daß wir nicht recht daran glauben, daß es sich hier ausschließlich um Ekel und Abstandnehmen handeln kann. Vielmehr hat das starke Lustgefühl zur Fixierung der psychotraumatischen Situation und der späteren unheilvollen zwangneurotischen Auswirkungen geführt.

Ein integrierender Bestandteil in der Symbolik der Symptombehandlung des Waschzwanges ist auch der sogenannte „Wiederholungszwang", der die unbewußte Sehnsucht des Menschen zeigt, immer wieder die Wollustekstase der Ursituation zu erleben. Es ist dieser „Wiederholungszwang", der dann in der spättraumatischen Situation belebt wird, da die Pat. statt mit der eigenen Klitoris mit dem Penis des Ehemannes spielt; ihre Hände werden durch das Sperma ihres Mannes benetzt, wie früher durch ihr eigenes, reichlich fließendes Vaginalsekret. Und gerade in dieser Situation hat sie durch eine Art Identifikation mit dem Manne vielleicht die einzig wirkliche, aber auf Grund der Verbindung mit der Vergangenheit zugleich schuldbelastete Sexuallust ihrer mißlungenen Ehe empfunden.

Dieser Wiederholungszwang endlich ist es, der bei der Waschzeremonie dauernd den Pferdefuß hervorstreckt. Die Reibung des Daumens in der hohlen Hand, die die Pat. mit lustvollem Gesichtsausdruck ausführt, unter gleichzeitigem Vorhandensein von dickflüssiger Seifenlösung, hat weniger mit dem Hang nach Reinlichkeit zu tun, als mit der unbewußten symbolischen Wiederholung einer wollüstigen Masturbationshandlung: ein klassischer Ausdruck für die Unzulänglichkeit der Verdrängung, für die Ambivalenz des zwangsneurotischen Symptoms, für das Phänomen: „Rückkehr des Verdrängten aus der Verdrängung" (Freud).

Nachdem diese Dinge aus der Dunkelheit des Unbewußten in das klare Licht des Bewußtseins gebracht und die psychischen Mechanismen in Übereinstimmung mit der aktivanalytischen Methode erklärt und gewürdigt waren, ließ Pat. ihre 20 bis 30 Mal pro Tag wiederholten Waschungen. Sie hat sich nach Schluß der Behandlung ungefähr 4 bis 5 Mal täglich die Hände gewaschen, eine normale Zahl, unter die kein Kulturmensch sinken sollte.

Diese Mitteilung betrachte ich bloß als Bruchstück einer Analyse eines Waschzwanges, da mir die Verhältnisse nicht gestatteten, eine tiefer gehende Analyse durchzuführen, wie sie wissenschaftlich an sich wünschenswert gewesen wäre, und andrerseits es im Rahmen eines Zeitschriftenartikels nicht möglich ist, all das im Detail zu besprechen, was der Fall an Interessantem geboten hat. Die Pat. fühlte sich nach den abschließenden Aufklärungen gesund und man mußte sich dem von ihrer Seite jedenfalls verständlichen Verlangen fügen, die Analyse nicht fortzusetzen, obwohl mit der Vertiefung der Behandlung eine mögliche Rezidivgefahr hintangehalten hätte werden können. Aber wenn auch das Unbewußte der Pat. zweifellos noch immer viel psychopathologisches Interesse enthielt, war doch bereits durch die wiedererlangte Handels- oder richtiger Unterlassungsfreiheit viel gewonnen. Es ist letzten Endes mehr Symptomfreiheit als eigentliche Komplexfreiheit, die wir bei unseren Kranken erstreben. Auch der gesunde Mensch hat seine Komplexe, ihre „Energiebesetzung" entspricht aber jener psychischen Kraft, die zur Aufrechthaltung einer effektiven Verdrängung notwendig ist.

Zur Charakterbildung des Kleinkindes

Von Dr. Julius Tábori in Sombor (Jugoslavia)

Ein anderthalbjähriges Mädchen, zeigt seit ungefähr drei Monaten eine merkwürdige Veränderung seines Wesens. Das Kind, früher sehr offen und freundlich, wird auf einmal scheu und ängstlich. Wenn fremde Personen ihm in die Nähe kommen, beginnt es nach Vater und Mutter zu rufen und ist nicht zu beruhigen, bis die Eltern es auf die Arme nehmen. Es schreckt zusammen bei unerwarteten Geräuschen und beginnt heftig zu weinen. Im Gegensatz zu früher stößt nun die ärztliche Untersuchung auf besondere Schwierigkeiten. Diese große Ängstlichkeit äußerte sich, wie die Eltern erzählen, zuerst beim Besuch einer bekannten Dame in schwarzem Pelz, wobei das Kind sehr erschrak.

Zur Familienanamnese wäre folgendes mitzuteilen: der Vater des kleinen Mädchens ist der Jüngste einer kinderreichen Familie. Er leidet zeitweise infolge Tachycardie paroxysmalis an Ohnmachtsanfällen. Sein Vater, der väterliche Großvater des Kindes, endete durch Selbstmord; ein Bruder vergiftete sich wegen Untreue seiner Frau. Die Mutter der kleinen Patientin verlor in zartem Kindesalter ihren Vater, der im Weltkrieg gefallen war. Sie war immer ein scheues Kind gewesen und hat nach eigenen Angaben besonders vor Ärzten große Angst gehabt, die sie auch in späteren Jahren nicht überwinden konnte.

Es wäre bequem anzunehmen, daß an der Ängstlichkeit des Kindes bloß die vererbte Anlage schuld sei. Doch würde diese Annahme die Tatsache Lügen strafen, daß das Kind, wie jedes gesunde Kind, von Natur aus heiter und furchtlos war und erst mit 1½ Jahren Züge neurotischer Symptombildung zeigte. Sicher würde sie ohne weitere Veränderung ihre etwaige Lebensbeichte später einmal mit der Phrase beginnen: „Ich bin immer ein scheues, furchtsames Kind gewesen..."

Der ungarische Dichter Madach läßt in seinem Drama „Die Tragödie des Menschen" den Horoskop stellenden Kepler auf die zynische Bemerkung Luzifers Famulus, daß das Horoskop natürlich glänzend sein würde (wer wollte um sein Geld düstere Wahrheit verkaufen?), die Worte sagen: „Jeder neugeborene Mensch ist ein Genie, nur später wird er zum gewöhnlichen Lümmel". Auch Freud äußert sich ähnlich in „Zukunft einer Illusion", in dem Sinne nämlich, daß die angeborenen Talente durch den Zwang der Erziehung verloren gehen.

Dem logisch Denkenden ist es klar, daß — abgesehen von der Disposition — jede plötzliche Charakterveränderung ihren aktuellen Grund haben muß. Ein solcher war auch hier unschwer zu finden: das 1½jährige Mädchen bekam nämlich vor drei Monaten ein Brüderchen.

Wenn auch nach Angabe der Pflegepersonen die Kleine ihr Brüderchen auffallend liebt, so dürfte doch die „Urreaktion" der Aufmerksamkeit der Umgebung entgangen sein, und zwar die Reaktion des Neides und der Eifersucht, die sich in Beseitigungsideen äußert. Es ist überhaupt auffallend, wie blind Eltern in bezug auf die geschwisterliche Eifersucht ihrer Kinder sein können. Ein dreijähriger Knabe, dessen Wiege nun die schwerkranke, ein

Jahr jüngere Schwester einnimmt, fragt bei jeder Gelegenheit, ob er im Falle des Todes das gewohnte Bett wiederbekommen könne, was seine Mutter als Zeichen sorgender Liebe auffaßt.

Übrigens wären die Beseitigungstendenzen in unserem Fall auch für den kritischen Beobachter schwer zu finden gewesen, da die Verdrängung auffallend früh und intensiv eintrat. Der Wunsch nach Beseitigung war durch besonders heftige Liebesäußerungen überkompensiert und durch ein Schuldbewußtsein ersetzt worden, das sich in der Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit des Kindes offenbarte. Sein Verhalten bedeutet die Furcht vor den eigenen unbewußten kriminellen Tendenzen und vor der Strafe dafür.

Die Möglichkeit eines so frühen seelischen Mechanismus ist anzunehmen, wenn wir an die Entstehung der Religion denken. Die erste Gottheit der Menschheit war eine strafende, aus dem Schuldbewußtsein stammende, und erst auf einer höheren Stufe der ethischen Entwicklung wurde sie zu einer liebenden. Nach Haeckels biogenetischem Grundgesetz wiederholt jedes Kind in seiner Ontogenese abgekürzt die phylogenetische Entwicklung der ganzen Menschheit.

In der „Kindheitserinnerung aus Dichtung und Wahrheit" behandelt Freud (Imago V. 1917) eine Begebenheit aus Goethes früher Kindheit, die einzige, an welche er eine eigene Erinnerung bewahrt zu haben scheint. Nach dieser wirft das Kind Goethe übermütig seine Spieltöpfe, Schüssel und auch Gegenstände aus der Küche auf die Gasse hinunter. Dies geschah zur Zeit, als sein Bruder Hermann Jakob auf die Welt kam. Freud deutet diese Handlung als eine symbolische, beziehungsweise als eine „magische", durch welche Goethe seinen Wunsch, den Eindringling zu beseitigen, zum Ausdruck bringt. Auch der kleine Goethe hat sein Brüderchen nicht ungern sterben gesehen. Wenigstens berichtete seine Mutter nach Bettina Brentanos Erzählung folgendes: „Sonderbar fiel es auf, daß er bei dem Tode seines jüngeren Bruders Jakob, der sein Spielkamerad war, keine Träne vergoß; er schien vielmehr eine Art Ärger über die Klagen der Eltern und Schwester zu haben. Da die Mutter nun später den Trotzigen fragte, ob er denn den Bruder nicht lieb gehabt habe, lief er in eine Kammer und zog eine Menge Papier unter dem Bett hervor, die mit Lektionen und Geschichten beschrieben waren; er sagte ihr, daß er dies alles gemacht habe, um es den Bruder zu lehren. Der ältere Bruder hätte also immerhin gerne Vater mit dem jüngeren gespielt und ihm seine Überlegenheit gezeigt."

Bei Goethe fand also eine teilweise Sublimierung des eifersüchtigen Hasses statt, da er im Begriffe war, sich mit dem Vater zu identifizieren. Allerdings wurde dies durch den Tod des jüngeren Bruders unterbrochen. Unser Fall scheint jedoch eine ganz andere Richtung genommen zu haben. Das kleine Mädchen identifizierte sich mit dem Bruder. Es schlief bereits im Kinderbett, jetzt mußte ihm ein auf Rädern rollendes Bett, eine Art Wiege konstruiert werden, da ja auch der „Eindringling" eine Wiege für sich in Anspruch nimmt. Während seiner Säuglingszeit verschmähte das Kind den Schnuller, jetzt verlangte es nach ihm. Durch diese Wesensänderung wurde das angestrebte Ziel tatsächlich erreicht, das kleine Mädchen war wieder in den Mittelpunkt der Familie gerückt, während das Brüderchen in den Hintergrund gedrängt wurde.

Eine ähnliche auffallende Charakterveränderung zeigte der siebenjährige Sohn eines Arztes, der gleichfalls ein aufgewecktes, heiteres Kind war und nach der Geburt eines drei Jahre jüngeren Bruders verschlossen und verdrossen wurde. Diese

Veränderung trat aber bei ihm, im Gegensatz zum früher geschilderten Falle, nicht sofort nach der Geburt auf, sondern erst nach einer gewissen Zeitspanne, als der Neugeborene sich zu entwickeln begann und hübscher wurde.

Die Verdrängung der gegen die Geschwister gerichteten ubiquitären Eifersucht pflegt sonst viel langsamer und ohne Störung vor sich zu gehen. Im Falle des anderthalbjährigen Mädchens geschah alles blitzartig, wobei eine vererbte Anlage auch mitgewirkt haben dürfte.

Wir sehen an diesem kleinen Beispiel, daß das Schicksal des Charakters eines Kindes zum großen Teil von seinem Verhalten zu den Geschwistern abhängt, und zwar inwieweit es dem Kinde gelingt, den Haß gegen den „Konkurrenten" in Liebe umzusetzen oder ihn, statt ihn zu verdrängen, durch Sublimierung unschädlich zu machen.

Bestätigung der intuitiven Deutung

Von Dr. S. Löwy in Bratislava (Preßburg)

Die Intuition in der analytischen Psychotherapie beruht auf Einfühlung. Alle Mitteilungen des Analysanden, der Inhalt seiner Träume, das Bild des wiederholt beklagten Symptomenkomplexes versenken sich in das Innerste des Analytikers und formen sich unterbewußt zu einem Ganzen, *zum imaginären Abbild des parapathischen Gerüstes*, etwa wie sich hinter der Konvexlinse die vom Objekt ausgehenden Strahlen zum virtuellen Bild zusammensetzen. Parallel mit dem Lockerungs- und Enthüllungsprozeß in der Seele des Patienten, spielt sich auch im Innern des Analytikers ein induzierter Prozeß ab — das Negativum des analytischen Tiefenvorganges beim Patienten. Während im Unterbewußtsein des Patienten Zerlegung und Abbau des krankhaften Gebäudes vor sich gehen, erfolgt im Unterbewußtsein des Arztes s. v. v. der sukzessive Aufbau der behandelten Parapathiekonstruktion, allerdings in einer relativ unwirksamen Art, mehr in den Konturen, ohne feste Füllung und Verankerung. Diesem Born entspringen die blitzartigen, intuitiven Ideen des Arztes und in diesem künstlichen parapathischen Innenerlebnis sehe ich auch die eine wichtige Quelle der Gegenübertragungsaffekte.

Wenn wir auf Grund von Traumdeutungen oder symbolischer Enträtselung von Assoziationen *historisches Verdrängungsmaterial* vermuten und das Geständnis des Analysierten unsere Vermutung zur Gewißheit werden läßt; oder aber wenn es gelingt, das sorgsam gehütete *Kerngeheimnis des Zwangsparapathen* oder ein ihm bewußtes aber zurückgedrängtes Gedankenjunktim zu entreißen und der Patient verblüfft, betroffen und überrumpelt zustimmen muß; in beiden Fällen handelt es sich um leichte, einfache Bestätigungen bewußter Gedankeninhalte.

Wie ist es nun aber, wenn wir über sicherlich im Unterbewußtsein sich abspielende Denk- und Affektvorgänge Behauptungen aufstellen, auf Über-

windung dieser supponierten Komplexe etc. bestehen, wobei aber keine sofortige, leicht erzielbare Bestätigung möglich ist? Natürlich wird der eventuell später eintretende Heilerfolg, bzw. eine beginnende Besserung für die therapeutische Wirksamkeit und somit für den relativen Wahrheitsgrad unserer Behauptungen sprechen. Manchmal erfolgt rasch die Bestätigung einer intuitiv gewonnenen Deutung durch plötzlich erinnerte ältere Träume, die den vermuteten Komplex mehr oder weniger offen zeichnen, durch Träume, die auf die Reizwirkung [1]) unserer Behauptung reaktiv erinnert werden und in bezug auf den fraglichen Komplex keineswegs das Resultat suggestiver Beeinflussung darstellen.

Ich behandelte einen 22jährigen Universitätshörer, den seit frühestem Kindheitsalter sadomasochistische Phantasien erfüllten und quälten, und der ausschließlich in dieser Richtung libidinöses Verlangen verspürte. Die Träume während der Analyse, wie auch die aus frühern Jahren, hatten überwiegend Streit, Mord, Leichenbegängnis, Skelettfunde u. dgl. m. zum Inhalt. Nach fünfwöchentlicher analytischer Arbeit, in der verschiedene Haßquellen aufgedeckt wurden, verschwanden sowohl aus dem bewußten Gedankenkreis des Tages, wie auch aus den Träumen der Nacht die sadomasochistischen Phantasien und zeigten sich nur flüchtig in manchen Assoziationen: nachdem der Patient sich nun wohlfühlte, versuchte er durch passive Resistenz, mich zum Abschluß der Behandlung zu zwingen. Die Träume dieser Periode enthüllten jedoch trotz der scheinbaren Heilung das Unfertige, Unerledigte der analytischen Situation:

1. *„Ich zerlege eine Uhr, sie hat dreifache Verhüllung; es gelingt nicht, den innersten Deckel zu öffnen.“*

2. *Ich klettere auf einer Stange hinauf, werde müde und kehre zurück.“*

Eines Tages tauchte beim Patienten, der vorher zwei Prüfungen mit Erfolg abgelegt hatte, die Zwangsvorstellung auf, er wäre eigentlich durchgefallen, das ihm ausgefolgte Zeugnis enthalte nur zum Schein die Note „eins“ etc. Er deutete sich selbst den Sinn dieser Zwangsvorstellung dahin, daß er innerlich noch unfertig sei und die analytische Prüfung noch nicht ehrlich bestanden hätte. Die Auflösung half aber nichts, der Zustand verschlimmerte sich rapid, die das Zeugnis betreffenden Zwangsvorstellungen wuchsen sich zu einem stark quälenden parapathischen System aus [2]). Ich vermutete, daß die Zwangsvorstellungen den Affekt- und Lustinhalt des scheinbar überwundenen Sadomasochismus übernahmen und es bestätigte sich auch diese Annahme später knapp vor Beendigung der Behandlung dadurch, daß der durch die peinigenden Vorstellungen bewirkte Verzweiflungsaffekt einigemal mit Erektion und Pollution endete. Die Bestätigung brachte mir folgender Traum:

3. *„Ich reise mit Freunden zur Erholung in das Tatragebirge.“*

Assoziation: Ich dachte einmal daran, einen solchen längeren Ausflug zu machen, um eine Zeitlang nicht an unserem so lästigen Familienleben teilnehmen zu müssen.

Der Junge wurde irre an der Tatsache, daß seine Eltern einander haßten und sich im Eheleben dennoch trafen!

Darauf erklärte ich in aller Entschiedenheit, daß er sich nebenbewußt ständig mit der unglücklichen Ehe der Eltern und deren Sexualleben beschäftige, aus diesen Vorstellungen auch in der Gegenwart libidinöse Befriedigung schöpfe, vor allem aber den

---

[1]) Über einen andersartigen Komplexreiz (Tremmel) auf das Traumgebiet berichtete ich in dem Aufsatz: „Beitrag zur aktiven Traumdeutung I“, Psychoanalyt. Praxis, Bd. I, H. 1, 1931.

[2]) Der Fall beweist glänzend den von Stekel entdeckten Zusammenhang, bzw. die nahe Verwandtschaft zwischen Sadomasochismus und Zwangsparapathie.

Eindruck einer bestimmten Szene, die er in seinem Bette liegend beobachtete, bzw. zu beobachten glaubte, nicht überwunden hat, ja im Gegenteil diesen Eindruck festhält, jedoch diese Tatsache annuliert, sich nicht bewußt werden läßt. Dies wäre die Ursache seiner akuten Zwangsparapathie. Darauf fiel ihm plötzlich folgender Traum des Vortages ein:

4. *„Ich mache einen Ausflug, steige in einer Hütte ab; als ich mich legen will, bemerke ich unter dem Bett zwei wütende, miteinander kämpfende Hunde."*

Das Bild veranschaulicht die mit einander kämpfenden Zwangsgedanken, enthält aber auch deutlich den Hinweis auf die streitenden Eltern und auf das Bett.

Diese Aufklärung konnte endlich die Heilung der Zwangsparapathie in Gang bringen, was als weitere Bestätigung der intuitiv gewonnenen Symptomdeutung gelten darf.

Dieser Patient hatte über den erwähnten Elternkomplex eigentlich nur einmal berichtet; er akzeptierte meine Aufklärung über die große pathogene Bedeutung desselben widerspruchslos, gab in der Folge die sadomasochistischen Phantasien auf, auch die Träume wurden seit vielen Jahren zum erstenmal frei von pathologischen Bestandteilen — und dies alles war nur sekundäre Verdrängung und Annullierung. Diese Verdrängung und Annullierung waren aber so intensiv, so sehr gelungen durchgeführt, daß sie sich bis auf das Traumgebiet, eine Domäne des Unterbewußtseins, erstrecken konnten. Auf diese wichtige Möglichkeit, den erfahrenen Analytikern sicherlich nicht unbekannt, soll noch mit Nachdruck hingewiesen werden. Eine derartige Schwierigkeit kann nur durch Intuition überwunden werden.

VARIA

Zur Frage der Berufswahl

Von Dr. Wilhelm Stekel

Herr T. Z., ein bewährter Dramatiker, wendet sich an mich wegen seines 15jährigen Sohnes, der hochbegabt und bisher sehr fleißig, plötzlich in der Schule versagt. Den Burschen freut das Lernen nicht mehr. Er will das Studium unterbrechen und — Koch werden. Dieser Wunsch steht im Gegensatz zu seinen bisherigen Neigungen. Er hat sich schon schriftstellerisch versucht, zeigt künstlerische Anlagen, liest gerne gute Bücher, hat wohl als Pfadfinder einige Speisen zubereitet, aber nie besonderes kulinarisches Interesse bekundet.

Ich rate dem Vater, dem Burschen zu empfehlen, das Studium der Mittelschule zu beenden und sich dann von der höheren Warte der Chemie für die Kochkunst auszubilden. Psychologisch erkläre ich den Fall als Protesteinstellung gegen und Differenzierung vom Vater. Der Sohn wolle ihm zeigen, daß Bildung, Wissen und künstlerisches Schaffen keinen besonderen Wert haben. Eine gut zubereitete Speise sei für den Menschen wichtiger als ein erschütterndes Drama. Er solle auch seinem Sohn klarmachen, daß es sich nur um eine Trotzreaktion gegen den Vater und um eine Entwertung der väterlichen Leistungen handle.

Die in diesem Sinne geführte Aussprache wirkt. Der Knabe bessert sich in der Schule und macht sehr gute Fortschritte. Doch nach einigen Wochen kommt Herr T. Z. wieder, um sich meinen Rat zu holen. Seine Frau wolle ihn verlassen und einen ganz ungebildeten Mann, Herrn N., heiraten. Wie solle er sich benehmen? Was seinem Buben mitteilen?

„Die Wahrheit" war meine Antwort.

Herr T. Z. teilte seinem Sohne mit: „Mutter hat uns für immer verlassen und wird Herrn N. heiraten."

Der Knabe, der sehr an seiner Mutter hing, reagierte darauf mit folgenden Worten: „Sie hat nicht dich, sie hat mich verlassen. Übrigens habe ich schon am dritten Tage unserer Bekanntschaft mit Herrn N. bemerkt, wie die Sache steht. Die Mutter hat ihn verklärt angeschaut, wie eine verliebte Köchin!“

Die Klinik-Werkstätte für Lungenkranke

Von Univ.-Prof. h. c. Dr. August Rollier in Leysin[1])

Hier haben wir als kostbarstes Hilfsmittel die „Arbeitskur“ eingeführt, die sich als therapeutischer Faktor ersten Ranges erwiesen und außer dem günstigen Einfluß auf Seele und Körper auch eine beachtenswerte finanzielle Seite hat.

Der Anblick unserer Arbeitskurgalerien mit dem fröhlichen Leben, das dort herrscht, und die Befriedigung, die auf den gebräunten Gesichtern der Lungenkranken zu lesen ist, zeigt am besten die erfreuliche Wirkung der Arbeitskur. Spezielle Einrichtungen erlauben den Patienten zu arbeiten, ohne dabei den Heilungsverlauf zu beeinträchtigen. Aller Anfang ist schwer, so heißt es wohl auch hier in gewissen Fällen, doch bald wird die Hand des Patienten, der vielleicht noch nie Handarbeiten verfertigte, geschickter und mit berechtigtem Stolz blickt er auf sein erstes „Meisterwerk“, das ihn so viel Mühe gekostet hat. Andere entpuppen sich bald als wahrhafte Künstler der Handfertigkeit und solche werden dann Lehrer ihrer Mitpatienten.

Unsere ersten Erfahrungen mit der methodisch angewandten Arbeitskur bei bettlägerigen Patienten machten wir in der schweizerischen Militärklinik, die wir im Jahre 1915 gebeten wurden zu organisieren.

Die in diesen verschiedenen Institutionen während und nach dem Kriege mit der Arbeitskur gezeitigten ausgezeichneten Erfolge ermutigten uns, dieselbe in unsern Volkskliniken und auch in den Kliniken für mittlere Stände mehr und mehr zu empfehlen. So nahm diese Arbeitskur eine immer größere Ausdehnung an. Zur Verfertigung von in der Industrie verwendbaren Arbeiten bedarf es jedoch spezieller Installationen und wir kamen auf den Gedanken, eine große internationale „Klinik-Werkstätte“ zu bauen und so einzurichten, daß sie ihrer doppelten Bestimmung einer Sonnen-Klinik und Arbeitsstätte dient. Zu diesem Zwecke sind die Krankenzimmer und Kurgalerien dieser Anstalt gleichzeitig als Werkstätten mit elektrisch betriebener maschineller Einrichtung ausgerüstet. Das Haus nimmt 120 unbemittelte chirurgische Tuberkulöse auf, und bietet ihnen Gelegenheit, während ihrer Kur eine Arbeit zu verrichten, die in keiner Weise den Heilungsverlauf beeinträchtigt, dabei doch so einträglich ist, daß sie selbst ganz für ihre Kurkosten aufkommen können.

Kindermund[2])

Ein vierjähriges Mäderl, Tochter eines Arztes, der eine von der Ordination getrennte Wohnung hat, geht mit ihrer Mutter an der Wiener Karlskirche vorbei. Es entwickelt sich folgender Dialog:

— „Mutti, was ist das?“

— „Eine Kirche.“

— „Wer wohnt hier?“

— „Gott.“

— „Aber Gott wohnt doch im Himmel!“

— „Der liebe Gott wohnt auch in der Kirche.“

— „Aha, ich weiß schon. Der liebe Gott wohnt im Himmel und in der Kirche ordiniert er.“

---

[1]) Mit Bewilligung des Verfassers aus seiner Broschüre: „Die internationale Klinik-Werkstätte für Sonnen- und Arbeitskur der unbemittelten ‚chirurgisch‘ Tuberkulösen.“ Verlag Payot & Cie.

[2]) Zur Verfügung gestellt von Dr. Hans Orlay, Zahnarzt in Wien.

REFERATE

I. Allgemeines

Schneider, Kurt: Die psychopatischen Persönlichkeiten. 3. neu bearbeitete Auflage. 123 S. F. Deuticke, Leipzig-Wien, 1934. Preis brosch. RM 5.—, geb. RM 7.—

Der Unterschied der neuen Auflage gegenüber den früheren bezieht sich hauptsächlich auf den allgemeinen Teil. Die Definition des Psychopathen als Variante einer „uns vorschwebenden, aber nicht näher bestimmbaren Durchschnittsbreite menschlicher Persönlichkeiten" besteht unverändert fort. Ferner bringt der allgemeine Teil wiederum die wichtigsten Tatsachen aus der Literatur über Konstitutions- und Typenpathologie. Neu ist ein kurzer Absatz, der sich mit den in letzter Zeit ausgeführten genealogischen Untersuchungen beschäftigt. Mit Recht weist Verfasser darauf hin, daß infolge der fast unüberwindbaren Schwierigkeit der Materie, die Ergebnisse dieser Untersuchungen noch recht unbefriedigend sind, mit Ausnahme der kriminalbiologischen Untersuchungen an solchen Psychopathen, die eine objektiv faßbare Betätigung ihrer antisozialen Neigungen erkennen lassen. Für den Psychotherapeuten wichtig sind besonders die im 2. Teil enthaltenen praktischen Ratschläge, die gesondert jedem Abschnitt angegliedert sind. Sie sind allerdings meistens kurz schematisch und gehen allzu wenig in Einzelheiten ein. Verf. geht dabei von der Betrachtung der sozialen Bedeutung jeder einzelnen Psychopathenform aus, die er in kurzen, treffenden Sätzen formuliert. Daran schließen sich einige knappe psychagogische Vorschläge. H. Kogerer (Wien).

Ungern-Sternberg, R. v.: Das Sterilisierungsgesetz. Fortschr. d. Med. H. 9, 1934.

Verf. bespricht das am 1. Januar l. J. in Kraft getretene deutsche Reichsgesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, welches den Zweck hat, Personen, die an vererbbaren körperlichen oder geistigen Schäden leiden, durch operative Eingriffe unfruchtbar zu machen. Es werden zunächst die in Frage kommenden Erkrankungen taxativ aufgezählt, dann das im Gesetz vorgesehene Verfahren von der Erstattung der Anzeige bis zur Durchführung besprochen. Zum Schluß verteidigt Verf. das Gesetz gegen verschiedene, insbesondere religiöse Einwände und verweist diesen gegenüber nicht nur auf die wirtschaftlichen Vorteile des Sterilisationsgesetzes, sondern auch auf seinen zu erwartenden züchterischen Erfolg. H. Kogerer (Wien).

Kolle, Kurt (Frankfurt a. M.): **Vom Erlebnis des Krankseins und vom Sinn der Krankheit.** Med. Klinik, 30, H. 4, 1934.

Verf. weist im ersten Teil seiner Antrittsvorlesung auf ein wenig beachtetes Spezialthema der allgemeinen Krankheitslehre: Wie erlebt der Kranke seine Krankheit? Erst wird die Frage der Definition des Krankheitsbegriffes aufgeworfen: Kranksein heißt anders sein als die Norm, als die persönliche Norm. Die Krankheit wird vom Kranken als eine Abweichung vom durchschnittlichen Ergehen erlebt. Kolle weist darauf hin, daß die Art und Weise, wie dies geschieht, vor allem von seiner seelischen Veranlagung abhängt, und unterscheidet zwei grundlegend verschiedene Möglichkeiten, die Krankheit zu erleben: a) Die Selbsttäuschung: Wenn der Kranke sich über die Einsicht der Schwere des Leidens zu täuschen sucht. b) Die Klarheit: Wenn der Kranke mit vollem Bewußtsein Einsicht in seinen Zustand gewonnen hat und aus ihm die Folgerungen zu ziehen versucht.

„Klug wie die Schlange und ohne Falsch, wie die Taube", muß der Arzt vorgehen, um vielleicht seine schwerste ärztliche Dienstleistung überhaupt, den Kranken in einer seiner persönlichen Eigenart angepaßten Weise über seinen Leidenszustand aufzuklären, zu erfüllen. Eine Ausnahme machen die Geistesstörungen mit völliger Ein-

sichtslosigkeit. In allen Fällen, wo der Kranke mit seiner Krankheit kämpft, stellt sich die Frage nach dem Sinn der Krankheit. Diese Frage ist keineswegs gleichbedeutend mit der Preisgabe der eigentlichen ärztlichen Sendung, auch dann nicht, wenn wir als Ärzte vielen kranken Menschen, vielen Krankheiten machtlos gegenüber stehen. Gerade da bleibt dem Arzte, der die Bedeutung der Krankheit für das befallene Individuum nicht sehen will oder zu sehen vermag, nichts übrig, als an solchen Kranken achtlos vorüber zu gehen, während dem anderen Arzte die Aufgabe offensteht, die Krankheit dem Leben des Leidenden einzuordnen, ihr einen Sinn zu geben und damit ärztlicher Tröster zu sein. (Much läßt Eckehard sagen: Leiden an sich ist sinnlos, es kommt darauf an, daß du dem Leiden Sinn gibst.)

An mehreren, z. T. literarisch belegten Beispielen sucht Kolle den Sinn verschiedener Erkrankungsformen darzutun. Die Sinngebung des Leidens, diese vielleicht edelste Aufgabe des Arztes, besonders des Psychotherapeuten, wird vom wissenschaftlichen Standpunkte aus versucht, doch kann ihr wohl ohne transzendentale Schau und Sinngebung kaum voll entsprochen werden.

Willy Bircher (Zürich).

Kankeleit, Otto (Hamburg): **Die schöpferische Macht des Unbewußten.** Ihre Auswirkung in der Kunst und in der modernen Psychotherapie. Verlag W. de Gruyter, Berlin-Leipzig 1933, IV + 89 S.

Das Buch besteht aus zwei einander ergänzenden Teilen. Der erste, größere, beginnt mit der Darstellung der theoretischen Grundlagen, auf welchen der Autor steht, gibt eine gute und knappe Zusammenfassung der Jungschen Lehre vom kollektiven, überpersönlichen Unbewußten. Eine Parallele zwischen Yogapraxis und Psychotherapie — Zusammengehen im Anfang, Auseinanderstreben im Endziel — leitet zu den empirischen Erfahrungen des Autors über, die im wesentlichen auf der Durchführung von Entspannungsübungen beruhen. Die Technik des Entspannungstrainings wird — auch unter Hinweis auf das „autogene Training" von J. H. Schultz — kurz geschildert und an einigen Beispielen das daraus entwickelte psychotherapeutische Verfahren illustriert. Die Wirksamkeit des schöpferischen Unbewußten hierbei und beim schöpferischen Prozeß, der zur Entstehung von Kunstwerken gehört, wird an einem detaillierten Vergleich erläutert.

Der zweite Teil bringt zum Schluß der Abhandlung Antworten von Dichtern, Musikern, bildenden Künstlern und Gelehrten (u. a. von C. G. Jung) auf einen Fragebogen. Der angedeutete Vergleich wird nicht in einem weiteren Kommentar durchgeführt, aber eine Rekapitulation geboten, die hier z. T. wörtlich zitiert werden mag: „Vom psychotherapeutischen Standpunkt aus möchte ich nur noch auf den wiederholt geschilderten Spannungszustand hinweisen, welcher dem schöpferischen Prozeß vorausgeht oder ihn begleitet. Der Spannungszustand ist Ausdruck einer gestauten seelischen Energie, die dann im schöpferischen Prozeß abfließt und zur Entspannung kommt. Das seelische Gleichgewicht wird durch diesen wellenförmig verlaufenden dynamischen Vorgang wieder hergestellt. Dasselbe gilt prinzipiell auch für eine seelische Kur. Wir Psychotherapeuten . . . haben es bei den Neurosen ebenfalls mit gestauten seelischen Energien zu tun, denen der Abfluß fehlt, und es gelingt dies — besser als durch alle Rationalisierungen etwa der Freudschen und Adlerschen Schule — durch eine Rückverbindung (religare) des in der Neurose erstarrten und unschöpferisch gewordenen Menschen mit den schöpferischen Urkräften."

E. J. Hárnik (Budapest).

Heun, Eugen: Grundunterschiede in der modernen Tiefenpsychologie (Freud, Adler, Jung). Münch. med. Wochenschr. H. 2, S. 52, 1934.

Nach einer kurzen Darstellung der Freudschen psychoanalytischen Theorie und der Adlerschen Individualpsychologie weist Verfasser darauf hin, daß die beiden

Auffassungen in ihren wesentlichen Punkten diametral entgegengesetzt seien. „Während sich bei Freud das neurotische wie das anormale Seelengeschehen zwischen den Prinzipien von ‚Lust' und ‚Realität' ausspannt, ist es bei Adler die Polarität zwischen ‚Minderwertigkeitsgefühlen' und ‚Machtstreben'". Verf. weist ferner darauf hin, daß von Adler mit Recht die Finalität des seelischen Geschehens hervorgehoben worden sei, aber allzu einseitig entsprechend der individualpsychologischen Theorie die „soziale Finalität" betont werde. Nach Jung erklärt sich der Gegensatz Freud-Adler aus der Tatsache, daß Adler ein mehr ursprünglich Introvertierter, Freud jedoch mehr primär Extravertierter sei. Bei der Adlerschen Introversion fallen die zur Icherstarkung führenden Tendenzen der Verdrängung anheim und es entwickelt sich kompensatorisch eine sekundäre Extraversion und demzufolge eine Überbetonung der „Gemeinschaft". Bei Freud ist primär eine Extraversion gegeben, die sich sekundär in eine überbetonte Introversion verändert (Symboldeutung, spekulatives Moment in der Freudschen Libidotheorie). Bei Jung werden die Gegensätze zwischen Freud und Adler in einer höheren Synthese nach Ansicht des Verf. ermöglicht. Referent glaubt jedoch, daß der häufig vorgebrachte Einwand, daß die Freudsche Theorie nicht genügend die Finalität berücksichtige, unberechtigt sei. Insofern nämlich, als ja jedem Triebe ein Ziel, das heißt also ein Streben immanent sei. Im übrigen weist Verf. auf die Bedeutung des „kollektiven Unbewußten" Jungs hin und zeigt in diesem Zusammenhang, daß der Ödipus-Komplex nicht allein eine Angelegenheit der phylogenetischen Entwicklung wie bei Freud sei, sondern daß es sich bei ihm mehr um ein mythologisches Motiv handle, „dessen Kern — jenseits von Raum und Zeit — eine urewige Idee darstelle". Fernerhin wird eine kurze zusammenfassende Darstellung der Jungschen analytischen Psychologie gegeben, auf die in einem kurzen Referat nicht eingegangen werden kann. Von wesentlicher unterschiedlicher Bedeutung ist die Tatsache, daß bei der Jungschen Psychotherapie sehr stark auf prospektive Deutungen hingearbeitet wird. „Keime neuer Lebensmöglichkeiten" sollen erschlossen werden.

Im ganzen glaubt Verf., daß speziell Charakterneurosen und solche des reiferen Alters besonders gut durch die Jungsche Methode beeinflußt werden können. Referent ist jedoch der Ansicht, daß bei der Jungschen Methode nur allzu oft die Gefahr besteht, daß das unbewußte Extraversionsstreben des Patienten zu kurz kommt. Eine zweckmäßige analytische Psychotherapie wird eklektisch vorgehen und die Methode den individuellen Bedürfnissen des Patienten anpassen müssen. Die Stekelsche Methode, die vom Verfasser überhaupt nicht erwähnt wird, erscheint dem Referenten in dieser Hinsicht am vorteilhaftesten.

Walter Schindler (Berlin).

Heidenhain, Adolf: Über den Menschenhaß. Eine pathographische Untersuchung über Jonathan Swift. Tübinger naturwissenschaftl. Abhandl. H. 14, Verl. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1934. Preis brosch. RM 5.—, geb. RM 6.50.

Im Mittelpunkt des Lebenswerkes von Swift steht der Menschenhaß; mit seltener Leidenschaftlichkeit „haßt und verachtet er die Tiere, die Menschen genannt werden". In einer politischen Satire macht er den Vorschlag, zur Behebung des furchtbaren Kinderelends in Irland die Kinder in einem gewissen Alter abzuschlachten und das Fleisch zu Nahrungszwecken zu verkaufen. Wie ist die Persönlichkeit dieses Menschenhassers beschaffen? — ist die erste Frage, die Heidenhain sich in seiner Schrift stellt. Von formalen Charaktereigenschaften ist eine dysphorische Grundstimmung bemerkenswert, die in ihrer Verbindung mit innerer Unruhe und Rastlosigkeit, sowie ihrer Abhängigkeit von äußeren Einflüssen mehr an das Verhalten eines Psychopathen als an das eines endogen Depressiven erinnert. Von den materialen Seiten des Charakters wird die Sexualkonstitution ihrer Wichtigkeit entsprechend, eingehend dargestellt. Swift scheint nach eigener Aussage an

einer Impotenz gelitten zu haben, die mit einem ausgesprochenen Abscheu vor dem weiblichen Körper verbunden war, außerdem mit einer völligen Ablehnung der Ehe als Institution und einer Verständnislosigkeit Kindern gegenüber, die aus der oben angeführten Stelle zur Genüge hervorgeht. Mit der Impotenz hängen die koprophilen Neigungen Swifts zusammen, wobei Verf. die Frage, was von beiden Erscheinungen primär und was sekundär ist, offen läßt. Für eine Komponente verdrängter Homosexualität spricht, daß das Frauenideal Swifts männliche Züge trägt, sowie die innige Freundschaft zu einem jungen Burschen, dessen Tod ihn auf das Stärkste erschütterte. In den Beziehungen zu Frauen sehen wir ein ständiges Ausweichen vor den letzten Entscheidungen, eine Furcht vor einer Bindung und das Zurückziehen auf die Rolle des väterlichen Beschützers, Freundes und Erziehers.

Die koprophilen Strebungen, sowie ein außerordentlicher Hang zu Grausamkeit und Aggresivität, lassen eine ausgeprägte anal-sadistische Erotik erkennen. Sie sind in typischer Weise überbaut von den Reaktionsbildungen der Sauberkeit, Ordentlichkeit und Verläßlichkeit, von Geiz und Eigensinn. In der Sphäre des Geistigen und Moralischen wirken sich diese Bildungen in Form von übersteigerten moralischen Forderungen, die an Prüderie grenzen, in Swifts Offenheit, Wahrheitsliebe und Unbestechlichkeit aus, aber auch in der Reinheit und Klarheit seiner Sprache und seines schriftstellerischen Stiles. Hieher gehört auch die Tatsache, daß Swift, trotzdem er in seiner Gesinnung den Freidenkern ziemlich nahestand, dieselben doch auf das Heftigste angriff und die Machtstellung der anglikanischen Kirche verteidigte. Der Menschenhaß Swifts ergibt sich aus den Erlebnissen der Niederlage und Ohnmacht (nicht nur auf erotischem, sondern auch auf politischem Gebiete, auf dem Swift das heiß erstrebte Ziel einer höheren Stellung nicht erreichen konnte und sich mit einer kleinen bescheiden mußte) und aus den starken Triebfedern von Grausamkeit und Ehrgeiz. Der Menschenhaß gewährt eine Sicherung des überspannten und durch die Niederlage stark gefährdeten Selbstwertbewußtseins. Zwischen dem Werke Swifts und seinen Krankheiten, einem Menière, der, bald beginnend, sich mit langen Remisionen bis ins Alter hinzieht und einer senilen Demenz, die das letzte Jahrzehnt seines Lebens ausfüllt, sieht Verf. keinen unmittelbaren Zusammenhang.

Die äußerst gründliche und gediegene Arbeit läßt, wahrscheinlich infolge Mangels an geeigneten Quellen, einige Fragen offen, so die Beziehungen Swifts zu seiner Familie; es wird nur die besondere Liebe und Hingebung des nach dem Tode des Vaters Geborenen zu seiner Mutter hervorgehoben. In besonders hohem Grade scheint uns in der Persönlichkeit Swifts die Ambivalenz der Strebungen ausgeprägt: Koprophilie—Reinlichkeit, Geiz—Freigebigkeit, Aggresivität—moralische Akribie, Freigeistigkeit—religiöse Intoleranz. Einzelne Gedanken Swifts erinnern weitgehend an moderne psychologische Anschauungen („ein heikler Mann ist ein Mann mit schmutzigen Gedanken", „die Mädchen erröten nur, weil sie verstehen"), er gibt auch eine völlig mit Freuds und Pawlows Ideen übereinstimmende, sie vorausahnende Erklärung des Fetischismus. H. Zweig (Brünn).

Ducaine, J.: Les Prodromes psychiques de l'imprégnation bacillaire. (Die seelischen Vorläufer der bazillären Infektion). Le Bulletin Médical, Nr. 7, 1934.

Über die Psychologie der Lungenkranken gibt es eine große Literatur. Schon E. Ebstein hat die „Tuberkulose als Schicksal" beschrieben. Der französische Autor geht von der Voraussetzung aus, daß psychische Symptome als Prodrome der Tuberkulose anzusehen sind. Die Infektion äußere sich zuerst als seeliche Störung. Dabei verwechselt er Ursache und Wirkung. Die Menschen erliegen leichter der tuberkulosen Infektion, wenn die Widerstandkraft ihres Körpers durch depressive Zustände geschwächt ist. Man könnte sagen: sie sehnen die Tuberkulose herbei, um den Konflikten des Lebens auszuweichen. (Thomas Mann hat im „Zauberberg" auf diese Zusammenhänge hingewiesen.) Ducaine beschreibt den Fall eines Arztes,

der im Laufe einer Melancholie einen Selbstmordversuch machte. Am gleichen Abend trat eine Hämoptoë auf und es wurden Tuberkelbazillen nachgewiesen. Der Autor meint auch, daß plötzliches Wechseln der Gewohnheiten, des Geschmacks, Überempfindlichkeiten, Neigung zu Mystizismus, Beschäftigung mit religiösen Fragen schon den Beginn einer Tuberkulose anzeigen können. Auch eine plötzlich auftretende übertriebene Arbeitsaktivität kann dem Unheil vorausgehen. Bald zeige sich leichte Ermüdbarkeit und der Kontrast zwischen der erhöhten Aktivität und dem konstanten Niedergang der Gesundheit beweise, daß die Aktivität einer Toxinwirkung zuzuschreiben sei. Wann wird uns eine gründliche psychologische Studie der Tuberkulösen über den wahren Zusammenhang belehren? Die Psychotherapie der Tuberkulose ist eine der wichtigsten Fragen der Seelenheilkunde. Sie wartet auf einen Wegweiser!

W. Stekel (Wien).

II. Spezielle Psychotherapie

Almanach der Psychoanalyse 1934. Internat. Psychoanalytischer Verl. Wien, 1934.

Zum neunten Male erscheint in gewohnt geschmackvoller Ausstattung der „Almanach für Psychoanalyse", der die Aufgabe hat, einen Ueberblick über die Arbeiten der Freudschen Schule im abgelaufenen Jahr zu geben. Im vorliegenden Band befindet sich eine Reihe interessanter und anregender Aufsätze. Von Freud selbst sind zwei Kapitel („Zum Problem der Telepathie" und „Die psychischen Instanzen") seines letzten, in der psychotherapeutischen Öffentlichkeit bereits viel diskutierten Werkes: „Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse". Außerdem finden wir hier Rundfunkvorträge von Jones („Have Dreams a Meaning?") und von französischen Autoren M. Bonaparte mit einem Originalaufsatz: „De la mort et des fleurs" und Laforgue mit einer Arbeit über Charles Baudelaire (Aus dem Werke: „Der gefesselte Baudelaire") vertreten. Von Glover, Muschg, Meng u. a. stammen Bruchstücke von Vorträgen, Aufsätzen und Büchern. Erwähnenswert sind noch zwei Originalaufsätze: Hitschmann („Der narzißtische Gatte") und die Arbeit aus dem Nachlaß des verstorbenen Analytikers Tausk („Ibsen als Apotheker"). Eine sehr lesenswerte Abhandlung von Aichhorn über „Erziehungsberatung" mit hübschen, instruktiven Beispielen aus der Praxis beschließt den mit Abbildungen von namhaften Analytikern geschmückten, lesenswerten Almanach.

E. Bien (Wien).

Allendy, René: Essai sur la Guérison (Das Problem der Heilung). Denoël et Steele, Paris 1934.

Ein fesselndes Werk des bekannten Pariser Psychoanalytikers und Homöopathen über das Problem der Heilung. Eigentlich handelt es sich um eine großangelegte Kritik der modernen Heilkunde, wobei dem Verfasser die profunde Kenntnis der einschlägigen Literatur und ein eminentes ärztliches Wissen zu Hilfe kommen. An der modernen Polypragmasie wird strenge Kritik geübt, die Bedeutung der Psychoanalyse und der Homöopathie, die auf gleiche psychische und organische Erkenntnisse zurückgeführt werden, wird entsprechend hervorgehoben. Aus der Fülle des Gebotenen Einzelheiten hervorzuheben, hieße den Wert des Buches herabsetzen. Allendy hat schon eine Reihe verschiedener medizinischer und philosophischer Werke geschrieben, zum Teil über Psychoanalyse, deren Vorkämpfer er in Frankreich ist, zum Teil über soziale und allgemein psychologische Themen. Dieses Buch sollte nicht ohne dauernde Wirkung im Strom der analytischen Literatur untergehen. Es regt zum Nachdenken an und zweifelt an Dogmen der modernen Medizin, die uns jahrzehntelange beherrscht haben, selbst an der Bedeutung der Bakterien für die Frage der Infektion. Es ist notwendig, daß wir von Zeit zu Zeit unsere Überzeugungen und

Ansichten revidieren und einer Kritik unterziehen. Allendy ist ein Zweifler, der Glaube an die seelischen Kräfte und an die Homöopathie sind die einzigen festen Punkte in seinem System. Er ist Organiker und Psychotherapeut, eine glückliche Mischung, die uns die Wege des künftigen Heilkünstlers weist. Eine deutsche Übersetzung des tapferen Buches wäre nur zu begrüßen. W. Stekel (Wien).

Clark, L. Pierce: A Psychological Study of Sycophancy (Die Psychologie des Schmarotzers). The Psychoanalytic Review, 21, 1, 1934.

Der Verfasser stellt mit Meisterhand den Fall eines gesellschaftlichen Schmarotzers dar, den er (nicht sehr glücklich) als „sycophancy" bezeichnet. Es handelt sich um einen jungen, wohlerzogenen Mann von einnehmender Wesensart und gepflegtem Äußern, der pathologisch faul ist und in seinem Leben stets den Weg des schwächsten Widerstandes geht. Die Erwartungen, die man in ihn zufolge des guten Eindrucks setzt, den er überall erweckt, werden von ihm niemals erfüllt. Er lebt seinem Egoismus und seiner Genußsucht. Da er mit dem vom Vater erhaltenen, für den Lebensunterhalt bestimmten, Betrag nicht auskommen kann — er selbst ist einerseits zu einer geordneten Arbeit nicht fähig, anderseits ungemein anspruchsvoll —, macht er unbedenklich Schulden und versetzt dadurch seine Familie in ununterbrochene Aufregungen und Sorgen.

Die Psychoanalyse konnte nach Mitteilung des Verfassers nicht vollständig durchgeführt werden. Immerhin ergab sie eine Reihe von wichtigen psychologischen Anhaltspunkten zum Verständnis des Falles: 1. Identifizierung mit der Mutter, bei der orale und narzisistische Charakterzüge im Vordergrund standen. 2. Starke homoerotische Tendenzen, die sich, unter anderem, auch in seiner allgemeinen passiv-femininen Haltung ausdrückten, besonders in finanzieller Hinsicht, dem Vater gegenüber. Eine Störung in der Ödipus-Situation wurde als Ursache dieser Haltung angenommen. 3. Der Antagonismus gegen den Vater war nicht ein Teil einer Ödipus-Situation, sondern Ausdruck einer sadistischen Feindseligkeit gegen eine Person, welche den oralen, narzistischen und homoerotischen Bedürfnissen des Kranken immer wieder entgegentrat. 4. Ein schwaches Ich hatte sich unter die Herrschaft eines strengen Überich gestellt, um dem Drängen des starken Trieblebens zu begegnen.

Clark betont mit Recht, daß die Skrupellosigkeit in diesem Falle nur scheinbar war; es bestand beim Kranken ein unbewußtes, starkes Schuldgefühl. Die Wiederholung der Vergehen und die darauffolgende Schuldreaktion dienten einem unbewußten Strafbedürfnis. Für die analytische Therapie fordert der Verfasser die Überwindung der Subjektlibido des Kranken durch energische Aktivierung seiner Objektlibido. E. Gutheil (Wien).

Steiner, M: Was hat der Sexualarzt der Psychoanalyse zu verdanken? Intern. Zeitschr. f. Psa. Bd. 20, H. 1, 1934.

Verf. zeigt die außerordentlichen Wandlungen, die die Therapie von Sexualstörungen der Psychoanalyse zu danken hat. Erst durch sie wurde die Psychogenese dieser Funktionsstörungen aufgedeckt und damit eine rationelle Therapie ermöglicht; und damit wurde die Tätigkeit des Sexualarztes von einer partie honteuse zu einer wissenschaftlichen Disziplin der Medizin erhoben. Dies wird nun an einzelnen Erkrankungstypen demonstriert. So ist z. B. gleich bei der Behandlung venerischer Erkrankungen psychologisches Verständnis von Nöten, da eine solche Infektion oft genug als eine Neuauflage des infantilen Kastrationserlebnisses zu werten ist. Die Infektionsangst setzt sich aus rationalisierter Kastrationsangst, femininer Wunscherfüllung und Introjektionsphantasien zusammen. Sexualhypochonder danken ihre Fixation an ihr Leiden einer Art traumatischer Neurose. Die Hauptdomäne der Psychotherapie ist natürlich die Behandlung der Impotenz und der Frigidät. Sehr treffend charakterisiert der Verf. das Problem des alternden Mannes. Endlich wird darauf

hingewiesen, daß die Psychoanalyse zum Verständnis der Perversionen beitrug: daß sie eine ichgerechte Regression zur infantilen Sexualität darstellen, wobei unter Zusammenwirken von konstitutionellen Momenten und Erleben ein Partialtrieb auf Kosten aller anderen hypertrophiert. Osw. Schwarz (Wien).

Hitschmann, Ed.: Die Psychoanalyse der Spermatorrhöe. Wien. med. Wochenschr. H. 4, 1933.

Von den zahlreichen organisch begründeten Fällen von Spermatorrhöe, z. B. durch Entzündung der Prostata und der Samenblasen, wird in dieser Erörterung abgesehen. Es bleibt aber eine Reihe von Fällen von so wesentlich psychischer Bedingtheit der Sp. übrig, daß deren Analyse in hohem Grade aufschlußreich ist. In diesen Fällen von Sp. läßt sich narzißtische Einstellung, Zurückziehung auf sich selbst, Anwendung von den Objekten etc. nachweisen; auch (unbewußt) feminine Haltungen können hier eine Rolle spielen. An eine körperliche Einwirkung der Masturbation, die von den Patienten oft gefürchtet wird, glaubt Verf. nicht. G. Flatau (Berlin).

Pauncz, A.: Der Learkomplex, die Kehrseite des Ödipuskomplexes. Beitrag zur Sexualtheorie. Z. Neur. 143, S. 294—332, 1932.

Der von der Psychoanalyse als Kernpunkt der Neurosen aufgefaßte Ödipuskomplex ist nur eine von den Möglichkeiten der inzestuösen Beziehungen. Ebenso wie die Bindung der Kinder an die Eltern eine gesetzmäßige Anfangsstufe der Libido darstellt, ist die Bindung der Eltern an die Kinder ein niemals fehlendes Stadium in der Entwicklung des erwachsenen Menschen. Diese als adult bezeichnete Libido äußert sich nicht nur als inzestuöse Fixierung der Eltern an die Kinder mit Bevorzugung des entgegengesetzten Geschlechtes, sondern auch als Rivalität zwischen Vater und Sohn um das jugendliche Liebesobjekt (im Don Carlos dichterisch zum Ausdruck gebracht). Der Ödipuskomplex hängt lediglich mit dem Unbewußten zusammen und weist in die Vergangenheit, der Learkomplex gehört mehr dem Bewußtsein an und ist in die Zukunft gerichtet. In Shakespeares Lear hat die Verliebtheit mehr eine seelisch-sadistische, in Balzacs Vater Goriot dagegen mehr eine masochistische Färbung. In eben demselben Maße wie die Person der Mutter im Ödipus, kann auch die der Tochter im Learkomplex durch eine andere, hier jugendliche Frau ersetzt werden. Auch die Liebe der Großeltern zu den Enkeln mit Umgehung der leiblichen Kinder ist zum Teil auf die Wirkung der „adulten Libido" zurückzuführen. Durch diese Annahme einer adulten Libido werden gewisse Altersperversionen unserem Verständnis nähergebracht; der Exhibitionismus des Greises wäre demnach ein symbolischer Geschlechtsakt mit dem Kinde. Der Sadismus ist teilweise eine seelische Grundhaltung, die nicht notwendigerweise an sexuelle Äußerungen gebunden erscheint, aber es kann sich die adulte Libido infolge des kindlichen Widerstands dem sexuellen Angriff gegenüber auch sadistisch äußern, ohne daß dabei eine endogen-sadistische Komponente beteiligt wäre. Die Perversionen sind nicht nur Ersatz für die normale sexuelle Betätigung, sondern auch für das normale Objekt; bei den sexuellen Strebungen ist nicht das Ziel und auch nicht die Form der Betätigung das Wesentlichste, sondern das Sexualobjekt. — Da der Learkomplex mehr dem Bewußtsein als dem Unbewußtsein angehört, dürfte seine Bedeutung für die Pathogenese der Neurosen dementsprechend auch eine geringere sein. H. Zweig (Brünn).

Brüel, Oluf: Die Indikationen zur ärztlichen Psychoanalyse. (Den lægevidenskabelige Psykoanalyses Indikationer.) Ugeskrift for Læger, Kopenhagen 1934.

Einleitend wird eine kurze Übersicht über die Stellung der psychoanalytischen Heilmethode unter den dänischen Aerzten gegeben.

Bei Besprechung der Angstneurose wird von der orthodoxen Anschauungsweise zu Gunsten Stekels Abstand genommen, wonach nicht von einem

primären, toxisch bedingten Leiden die Rede ist, sondern von einem seelisch bedingten Ursachenverhältnis wie bei Zwangsneurose und Angsthysterie, da die Erfahrungen und Beobachtungen des Verfassers unstreitig nach dieser Richtung weisen. Die Phobien werden als negatives Gegenstück zu den Zwangs- und Impulshandlungen, als ein Zwang, aber nicht zur Handlung, sondern zur Unterlassung einer Handlung aufgefaßt. Nach einer Übersicht über die meisten anerkannten Indikationen, die mit Krankengeschichten u. a. eigener Beobachtung, darunter einigen Kriminalfällen, belegt werden, werden die Probleme der Psychosen und Organneurosen besprochen. Verf. verhält sich sehr zurückhaltend in bezug auf die psychoanalytische Behandlung von Psychosen und fordert unter Hinweis auf die Literatur zu eifrigem Studium des interessanten, aber nicht immer leicht zugänglichen Gebietes der Organneurose auf. Die Aufmerksamkeit wird auf die Bezeichnung: Psychojuvenilität hingelenkt, die oft treffender ist als der bisweilen ziemlich schablonenmäßig angewendete Ausdruck: Psychoinfantilismus, — handelt es sich doch hier häufiger um „ewige Backfische" und Männer in einem „chronischen Flegelalter" als um Personen, die an eigentliche „infantes" erinnern!

Verf. hat sich bestrebt, einen vorsichtigen, nüchternen, man könnte fast sagen, möglichst konservativen Beitrag zur Lehre von der Indikation zur ärztlichen Psychoanalyse zu geben — eine Haltung, die unerläßlich ist in Hinblick auf die stark in organischer Richtung orientierte Mentalität der skandinavischen Ärzte.

Autoreferat.

Egyedi, Henrik, Dr. med.: **Die Irrtümer der Psychoanalyse.** Eine Irrlehre mit einem genialen Kern. Verlag W. Braumüller, Wien-Leipzig, 1933, VII + 86 S.

Als Außenstehender zur Kenntnis der Analyse gelangt, von den Befangenheiten und von seinen Vorurteilen geführt, wiederholt der Autor die oft gehörten und immer widerlegten Irrtümer der vielen bisherigen Kritiken an Theorie und Praxis. Er widersteht auch der Versuchung nicht, verschiedene Abänderungen an der Technik zu empfehlen, vor allem will er „die Traumlehre abgeschüttelt haben" (vom Autor gesperrt). Er wünscht, daß „im Mittelpunkte des therapeutischen Strebens die Charakterumbildung steht". Diese, durch mehr Aktivität gekennzeichnete, sich an Stekel anlehnende Methode soll „Psychometamorphose" heißen.

Jedoch gibt der Autor den unbefangenen Ausdruck naiver Sachlichkeit wieder, wenn er die zentrale Bedeutung der freien Assoziation für die Lehre und ihre therapeutische Anwendung hervorhebt und diskutiert. Denn es ist und muß jedem Analytiker und jedem einigermaßen eingearbeiteten Analysanden zu jeder Zeit bekannt und bewußt sein, wie viel von den freien Assoziationen abhängt. Dies ist der Fall auch bei den abgekürzten Behandlungen, mögen sie dem Bedürfnis nach eklektischem Vorgehen in der Therapie oder einer grundsätzlichen Stellungnahme gemäß unternommen werden. Der Autor hat offenbar diese Wirkung der Analyse sehr richtig und mit starkem Beeindrucktsein gemerkt. Aber es ist durchaus irreführend, wenn er die bereits häufig, von den verschiedensten Gesichtspunkten her erörterte Mitwirkung eines „suggestiven" Faktors schlechthin der „hypnotischen" Beeinflussung gleichsetzt. Letztere wird nicht einmal ohne weiteres dort zugegeben, wo Entspannungsübungen („autogenes Training" etc.) vorgenommen werden, die bewußterweise einen Vergleich mit Raja Yoga voraussetzen und zulassen.

E. J. Hárnik (Budapest).

Gutheil, Emil: Psychotherapie des praktischen Arztes. Verlag der Psychotherapeutischen Praxis, Wien-Leipzig-Bern, 1934, 274 Seiten, Preis in Gzl. RM. 18.—.

In dem Geleitwort, das Stekel dem Lehrkompendium Gutheils gibt, sagt er u. a.: „Eine kurz gefaßte, kompendiöse Darstellung der aktiven Methode der analy-

tischen Psychotherapie, wie ich sie seit Jahren vertrete, hat uns bisher gefehlt. Das vorliegende Buch, das einem Bedürfnis entspricht, füllt diese Lücke aus."

Um es vorweg zu nehmen, auch Referent schließt sich diesen Worten an. Verfasser hat es in einer ganz vorbildlichen Weise verstanden, lehrmäßig dem Praktiker die Stekelsche aktivanalytische Methode zu vermitteln. Er hat sich nicht auf weitschweifige theoretische Auseinandersetzungen eingelassen; vielmehr hat er sich ganz auf den Praktiker eingestellt, damit auch dieser die Möglichkeit bekomme, „kleine" Analyse auf Grund psychoanalytisch gewonnener allgemeiner Erkenntnisse treiben zu können. Gutheil hat es auch verstanden, den Fachjargon zu vermeiden und aus der Fülle der analytischen Probleme, entsprechend seinen Bemühungen, gerade die auszuwählen, die für den praktischen Arzt von Bedeutung sind. So darf man wohl darüber hinweggehen, wenn zum Beispiel die großen Gebiete der Zwangsparapathien und der Paraphilien etwas zu kurz gekommen sein dürften. Dafür ist jedoch die Darstellung, ganz besonders der Organneurosen und des in der Praxis außerordentlich häufig auftretenden Impotenzproblems, so gut gelungen, wie wohl bisher in keinem Lehrbuch der Psychotherapie. Im allgemeinen Teil werden die notwendigsten Gedankengänge der Psychoanalyse aufgezeigt. Sehr wichtig für den Praktiker dürfte die ausgezeichnete Darstellung der aktivanalytischen Anamnese sein. Ausführlich und erschöpfend schildert Verfasser die psychologischen Grundlagen der Schmerzbildungen, die eine große Bedeutung in der allgemeinen Praxis haben.

Im klinischen Teil werden die einzelnen Parapathien und deren organische Ausdrucksform besprochen, wobei der Stoff nach Körpergegenden angeordnet ist. Diese Anordnung dürfte besonders zweckmäßig sein, weil der Praktiker so die Möglichkeit hat, sich auf das Einfachste und Schnellste über die psychischen Grundlagen der Beschwerden seines Patienten zu orientieren. Zum Teil ausführliche, dann aber auch wieder kürzere Darstellungen von Analysen geben den praktischen Untergrund für Theorie und Technik. Der Vielgestaltigkeit des Bildes der Parapathien wird weitestgehend Rechnung getragen, ohne daß der Leser hierdurch verwirrt wird; im Gegenteil, das Systematische, Kompendiöse steht so im Vordergrund, daß gerade vom didaktischen Standpunkt aus das Werk des Verfassers als hervorragend bezeichnet werden muß. Auf die physiologische Seite der Parapathien wird so weit eingegangen, daß die Zusammenhänge zwischen Organ und Seele deutlich werden und der Einwand, der Psychotherapeut übersehe häufig die organische Korrelation des seelischen Geschehens, hinfällig wird. Gerade der Verfasser weist immer gemäß der Stekelschen Lehre auf die Ganzheitsbetrachtung des kranken Menschen hin. Er geht selbstverständlich an jeder möglichen Stelle des Buches auf die spezifisch Stekelsche aktivanalytische Technik ein und sagt mit Recht eingangs seines Werkes: „Stekels ‚aktive' Analyse berücksichtigt viel mehr die Bedürfnisse des allgemeinen Arztes. Sie ist viel elastischer und stellt den Arzt wieder als Hauptperson in die Therapie, aus der ihn die Freudsche Analyse verbannt hat. Die Analyse Stekels ist die vom Arzte aktiv geleistete Heilarbeit, bei der nicht nur unkontrollierte ‚Lösungen' und ‚Abreaktionen' im Kranken spontan zu erfolgen haben, sondern bei der der Arzt den Kranken durch wohldurchdachte Weisungen und Ratschläge in jene Verfassung geleitet, die er nach gründlicher Erforschung des Falles als die beste erkannt hat."

Als Tenor des ganzen Werkes erscheinen mir diese Worte Gutheils bedeutungsvoll, daß „keine Erkenntnis heiliger sei als die, daß der Kranke, der zu mir kommt, von mir nichts anderes begehrt, als daß ich ihm helfe".

In diesem Sinne dürfte das Lehrbuch Gutheils auf das Wärmste zu empfehlen sein, es wird hoffentlich eine große Verbreitung unter den praktischen Ärzten finden.

Walter Schindler (Berlin).

Siegel Zygmunt: Abneigung oder Impotenz (Niechęć czy impotencja?). Selbstverlag, Krakau, bei S. A. Krzyżanowski. 45 Seiten (Polnisch).

Eine temperamentvolle Darstellung auf Grund von Vorlesungen, die in der Krakauer Gesellschaft der Ärzte gehalten wurden. Verf. kommt dabei zu dem Schlusse, daß die Impotenz stets die Folge einer innerseelischen Abneigung gegen den Verkehr bzw. die Person der Partnerin sei. Er kleidet seine Ergebnisse in den folgenden lateinischen Satz: „Libido sexualis spuria, subsequente impotentia sexuali idiopathica vera — sed semper post indignatione sexuali“. Die Arbeit enthält neben lehrreichen kasuistischen Beiträgen auch zum Teil neue Auffassungen über den Aufbau der psychischen Persönlichkeit, wenngleich sich diese in der Hauptsache an die Freudsche Einteilung: „Ich, Überich, Es“ anlehnen. Die lesenswerte Arbeit bedeutet zweifellos eine Bereicherung des polnischen Fachschrifttums.

E. Gutheil (Wien).

Bjerre, Poul: The Principles of Psycho-Synthesis (Grundlagen der Psychosynthese). Scandinavian Scientific Review, Vol. II, H. 2, S. 102—113.

Die Arbeit wirbt für die psychosynthetische Betrachtungsweise in der Psychotherapie. Von der Auffassung ausgehend, daß die Seelenleiden auf einem „inneren Zerfall“ (disintegration) beruhen, bemüht sich die Psychosynthese um die Herstellung einer inneren Harmonie beim Kranken, indem sie die selbsttätigen Lösungs- und Heilungsbestrebungen im Kranken verstärkt und die Bereitschaft des Unbewußten, Zerfallsprozesse zu fördern, bzw. zu mechanisieren, herabsetzt. Nicht der Komplex soll aufgedeckt und der Lösung zugeführt werden, sondern die Aufsplitterung der seelischen Kräfte, die ein pathogener Komplex verschuldet.

Eine klar geschriebene Arbeit, mit gut gewählten Traumbelegen, deren („funktionale“ und „anagogische“) Deutungen befriedigend sind. Bjerres Forderung nach größerer Berücksichtigung psychosynthetischer Gesichtspunkte in der Psychotherapie, nach Vereinheitlichung der Ziele und Förderung der Selbstheilungsbestrebungen des Seelenkranken, kann von jedem vorurteilsfreien Psychotherapeuten gebilligt werden.

E. Gutheil (Wien).

Hauptmann, Alfred: Versuche zur rascheren Herbeiführung einer Hypnose. Klin. Wochenschr. J. 13, H. 12, S. 437—39, 1933.

Der geborene Arzt wirkt mittels der ihm immanenten suggestiven Fähigkeiten. Diese Erkenntnis ist wichtig in Anbetracht dessen, daß jedes krankhafte Geschehen nicht ein lokalisierter krankhaft-biologischer Vorgang ist, sondern den ganzen Menschen ergreift, mithin sich auch psychologisch auswirkt. Die Hypnose ist Anwendung der Suggestion in einem zu diesem Zweck herbeigeführten schlafähnlichen Zustand. Ist somit die Wichtigkeit der Beherrschung einer möglichst sicheren Hypnose-Technik für den Arzt erkannt, so ist die Mitteilung einer Methodik zur rascheren (und sicheren!) Herbeiführung einer Hypnose von großem Wert. Verf. benutzt dabei aus theoretischen und praktischen Gründen die intravenöse, langsam vor sich gehende (½ Minute!) Injektion von 2 ccm Evipan-Natrium. Dieses schafft Müdigkeit und Schläfrigkeit, ohne daß ein eigentlicher Schlaf eintritt, wie sich aus dem Verhalten der Patienten Fragen gegenüber ergibt. Diesen Zustand nützt man zu einer Hypnose aus, um entsprechende hypnotische und heilsuggestive Maßnahmen zu erteilen. Die Wirkung des Evipan tritt schnell ein und hört nach dem Beendigen der Hypnose schnell auf.

Die Methode darf natürlich keine „Eselsbrücke“ für Unerfahrene sein, sondern soll dem psychotherapeutisch ausgebildeten Arzt vorbehalten bleiben.

G. Flatau (Berlin).

Kramer, E.: Geschlechtsentstehung und willkürliche Geschlechtsbestimmung. Deutsches Verlagshaus Bong & Co., Berlin-Leipzig, 40 S. RM 3.50.

Das Büchlein enthält ein Referat über die verschiedenen Theorien der Geschlechtsbestimmung. Die moderne Ansicht ist folgende: Bei der Geschlechtsbestimmung wirken zumindest zwei Komponenten mit. Erstens der sogenannte Chromosomenmechanisums, d. h. die Art des Chromosomenbestandes einer Geschlechtszelle bestimmt ihre Fähigkeit, männliche oder weibliche Früchte zu erzeugen. Soferne nun lediglich der Zufall die Keimzellen bei der Befruchtung zusammenführt, müßten die Geschlechter in der Gleichzahl auftreten. Tatsächlich ist das aber niemals der Fall, sodaß beim Menschen z. B. zur Zeit der Zeugung etwa 140 Knaben (106 wenn man nur die lebend geborenen in Betracht zieht) auf 100 Mädchen kommen. Es muß also noch ein anderer auswählender Einfluß hinzukommen. Agnes Bluhm erkannte ihn in dem „Medium" in dem die Befruchtung stattfindet, und Unterberger entdeckte die Reaktion des Genitaltraktes als das wirksamste Moment. Und zwar begünstigt ein höherer Alkaligehalt (wie er durch Natriumbikarbonat hervorgerufen wird) die Beweglichkeit der Androspermien derart, daß die Alkalisierung der Vagina als ein fast zuverlässiges Mittel angesehen werden kann, Knaben zu erzeugen.

Osw. Schwarz (Wien).

Landowski, L.: Les Amphibies sexuelles. Le Bulletin Médical, Nr. 507, 1933.

Verfasser wendet sich sehr scharf gegen die Homosexuellen, die eine Heirat eingehen, um sich ein heterosexuelles Alibi zu verschaffen. Zahllose unglückliche Ehen sind die Folge. Der halb oder ganz impotente Mann behandelt seine Frau in grausamer Weise, was der Autor mit Vonvenel „Sadismus aus Kompensation" nennt. Er glaubt nicht an die These angeborener Homosexualität, wie sie André Gide in seinem berühmten Werke Corydon verficht, und bezeichnet die Homosexualität gewisser literarischer Kreise Frankreichs als Modekrankheit der Degenerierten. Der homosexuelle Vater sei eine Gefahr für seine Nachkommenschaft, die er als Bisexueller gezeugt habe. Landowski meint, man müsse die Geständnisse der Mütter hören. Oft rühmen sich die Väter vor ihren Söhnen ihrer Abnormität und er kenne Fälle, daß diese Väter ihre Söhne in die Freuden Onans eingeführt hätten.

W. Stekel (Wien).

Eidelberg, L.: Zur Theorie und Klinik der Perversion. Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 50, H. 3/4, S. 255—278, 1934.

An Hand der Analyse eines homosexuellen und eines masochistischen Kranken wird die Ansicht begründet, daß bei den Perversionen eine Bejahung des Partialtriebes nicht stattfindet, wohl aber eine solche der perversen Handlung. Die letztere ist, ähnlich einem neurotischen Symptom, das kompromißartige Ergebnis eines Konflikts zwischen dem Es und dem Ich und enthält sowohl Elemente der Triebversagung als auch solche der Triebbefriedigung, allerdings in maskierter Form, so daß der wahre Inhalt unbewußt bleibt. Der Unterschied gegenüber dem neurotischen Symptom liegt in dem Verhalten des Ichs zu den Abwehrmechanismen; die Befriedigung des Es erfolgt dabei im Orgasmus (daher fehlen die sexuellen Abstinenzerscheinungen und deren Folgezustände), die Allmachtswünsche des Ich finden in einer ichgerechten Handlung Berücksichtigung. Die Entscheidung zwischen Neurose und Perversion hängt also vom Ich des Patienten ab, hingegen entscheidet über die Art der Perversion die Fixierung, bzw. die Regression. Bei dem Homosexuellen war die Perversion die Folge der oralen Bindung, die hier als Mammakomplex auftrat, bei dem Masochisten war der beherrschende Faktor die anale Sexualität und der negative Ödipuskomplex. In beiden Fällen wird das Strafbedürfnis, also neben dem Es und dem Ich auch das Überich, befriedigt und die Außenwelt vernachlässigt.

H. Zweig (Brünn).

Brüel, Oluf: Homosexualität und Weiblichkeit. Mon. f. Psychiatr. u. Neur. 85, S. 165, 1933.

Als psychologische weibliche H. bezeichnet Verf. die Tatsache, daß unter Frauen auch normalerweise eine größere körperliche Intimität besteht als bei Männern (das „Freundinnenwesen“ junger Mädchen, die Freude am Tanzen mit Frauen, mit Freundinnen Schlafzimmer und Bett zu teilen u. v. a. m.). Verf. führt dies darauf zurück, daß das kleine Mädchen an der Pflege durch die Mutter gleichsam das Urmodell weiblicher Zärtlichkeit genießen lernt. Eine größere Beteiligung des Vaters an der frühkindlichen Erziehung der Töchter scheint dem Verf. die Möglichkeit einer stärkeren heterosexuellen Kompensation zu bieten. Osw. Schwarz (Wien).

Kasanin, Knigth und Sage: The Parent-Child Relationship in Schizophrenia (Die Eltern-Kind-Beziehung in der Schizophrenie). Journ. of Nerv. a. Ment. Disease, Bd. 79/3, S. 249—263.

Die Verf. untersuchten 45 Fälle von Schizophrenie, um an ihnen die Eltern-Kind-Beziehung zu studieren. Sie kamen zu den folgenden Ergebnissen: In ungefähr 60% der Fälle konnte bei den Kranken erhoben werden, daß sie von ihren Eltern (zumeist von der Mutter) über-beschützt (Over-protected) bezw. zurückgesetzt (rejected) wurden. Viele dieser Kranken wurden sogar bis in das späteste Alter von ihren Eltern umsorgt und verwöhnt. Unter den untersuchten 45 Fällen befanden sich auffallenderweise nur zwei, bei denen Zurücksetzung deutlich nachzuweisen war; die Zahl der vorgezogenen Kinder war somit verhältnismäßig sehr groß. Die Kinder standen in vielen Fällen im Mittelpunkt elterlicher Zwistigkeiten, wurden von psychopathischen und überängstlichen Eltern zur Unselbständigkeit erzogen, die meisten waren nicht in der Lage, entsprechende heterosexuelle Bindungen einzugehen, bzw. zu heiraten. Auch angeborene körperliche Minderwertigkeiten waren in mehreren Fällen die Ursache der Über-Sorge oder Über-Gleichgültigkeit, mit denen die Kranken von Kindheit an von ihren Eltern behandelt wurden. Ferner ließ sich nachweisen, daß der Verlust eines Ehepartners beim zurückbleibenden Elternteil einen gesteigerten Antrieb zur Fixierung des Kindes in einer infantilen Einstellung ergab. Die Verf. weisen schließlich auf den circulus vitiosus hin, der darin zu sehen ist, daß das von der Natur zumeist benachteiligte Kind eine besondere Obsorge beansprucht, diese aber sich der gesunden Fortentwicklung und Lösung des Kindes von der Familie in den Weg stellt. Wir vermissen bei der Aufzählung die sogenannte „Vertrauenskrise“ des Kindes, die Erschütterung der elterlichen Autorität, die von vielen Forschern (Kogerer, Stransky) im psychologischen Hintergrund der Schizophrenie gefunden wird.

Die mit vielen Beispielen belegte Arbeit stellt, ohne auf Originalität Anspruch zu erheben, eine Erweiterung und Bestätigung der von Levy in seiner Arbeit: „Maternal over-protection and rejection“ (Arch. Neur. & Psychiatr. 25, 886, 1931) mitgeteilten Beobachtungen dar. E. Gutheil (Wien).

III. Grenzgebiete der Psychotherapie

Dittel, L. G. von: Vaginismus. Med. Welt, H. 6, 1934.

Die Bedeutung des Vaginismus wird noch oft unterschätzt, seine Ätiologie und die Psychotherapie als der wichtigste Teil der Behandlung nicht immer genügend berücksichtigt. Nach kurzer Übersicht über die psychischen Wurzeln und die Psychotherapie betreffenden Forschungsergebnisse, besonders jene eines Walthard, kurzer Schilderung des Vaginismus als Abwehrbewegung und Neurose wird der Unter-

schied zwischen echtem und Pseudovaginismus wohl betont, aber auf fließende Übergänge hingewiesen. Wenn lokale Eingriffe allein öfter Erfolg hatten, dann handelte es sich entweder um Pseudovaginismus oder man übersah die psychische Komponente der Behandlung. Eine ausschließlich operative Therapie ist abzulehnen. Da für den Gynäkologen nur die einfacheren Methoden der Psychotherapie in Betracht kommen, die aber in sehr vielen Fällen zur Heilung genügen, ist hier nicht allen Wurzeln nachzuspüren. Eine vollständige Aufzählung der psychogenen Ursachen ist deshalb, und weil sich immer neue ergeben können, unmöglich; es werden nur einige der wichtigeren genannt, wie Einstellung gegen die Frauenrolle, gegen die Mutterrolle, gegen den Sexualverkehr überhaupt oder mit einem bestimmten Manne, gegen die Ehe, übermäßige Bindung an Vater oder Mutter, überprüde Erziehung, sexuelle Träume usw.

Der Beziehungen zwischen Dyspareunie, Frigidität und Vaginismus muß gedacht werden, weil sich auch Berührungspunkte in der Therapie ergeben, ferner des von Edelberg und Galant angenommenen „dyspareunischen Vaginismus", der als höchster Grad der Aversion gegen den Mann geschildert wird. Es wäre besser, ihn als Etappe zum Vaginismus zu bezeichnen. Die Frauen sind nicht frigid, sondern „temporär" dyspareunisch; diese Art der Dyspareunie kann in Resignation übergehen, aber auch in Tröstung durch eine anderen Partner. Die Therapie des Vaginismus ist Psychotherapie; da aber der somatischen Therapie in entsprechender Form eine starke psychische Komponente eignet, ist oft psychophysisch vorzugehen; wann dies der Fall ist, in welcher Reihenfolge, die Art, dies zu bestimmen, obliegt dem Psychotherapeuten. Dittel verweist insbesondere auf Fälle, die rein lokalistisch angegangen wurden, ohne Erfolg, und bei denen dann die Psychotherapie Heilung brachte, und führt solche Beispiele vor. Für die Dilatationen verwendet Dittel individuell angepaßte Dilatatoren, die dann durch ebensolche größere ersetzt werden. Der Selbstbehandlung der Patienten mit diesen legt auch Dittel den größten Wert bei. Der Episiotomieschnitt ist fast nie nötig, selten auch der bekannte Vorgang Walthards. Dittel will, ebenso wie Walthard, A. Mayer und manche andere, nur die einfachen psychotherapeutischen Methoden für den Gynäkologen reserviert wissen, Persuasion oder ihr ähnliche, selten unter Mithilfe der Hypnose. Wo die einfacheren Methoden nicht helfen, fängt die Domäne des Psychiaters, des Fachpsychotherapeuten an. Ein relativ reichhaltiges Literaturverzeichnis schließt die auf reicher, wohldurchdachter, eigener Erfahrung beruhende, sehr lesenswerte Arbeit. R. Hofstätter (Wien).

Boenheim, Curt: Kinderpsychotherapie in der Praxis. Verlag J. Springer, Berlin 1932, 136 S.

Der Autor stützt sich in diesem Buche in erster Linie auf die Erfahrungen, die er in 10jähriger psychotherapeutischer Tätigkeit bei Kindern, insbesondere als Leiter einer Poliklinik für nervöse und schwererziehbare Kinder am Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Prof. Finkelstein) sammeln konnte. Er will mit diesem aus der Erfahrung der praktischen Tätigkeit entstandenen Buche vor allem wieder den Erfordernissen der Praxis des allgemeinen Arztes und des Kinderarztes entsprechen. In einem allgemeinen Teil werden zunächst der gegenwärtige Stand der Psychotherapie im allgemeinen, hierauf der gegenwärtige Stand der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie besprochen und endlich die allgemeinen Richtlinien und die Methodik der Kinderpsychotherapie vom Standpunkte des Verfassers aus erörtert. Die Stellung des Autors zur Psychoanalyse sei durch folgendes Zitat charakterisiert: „Für bestimmte Formen kindlicher Neurosen, die in Aufbau und charakterlicher Verankerung den bei Erwachsenen zu beobachtenden Verhältnissen entsprechen, ist eine nach den Erfordernissen kindlicher Eigenarten modifizierte Psychoanalyse indiziert. Besonders kommt hiefür die spätere

Jugendzeit in der Nähe der Pubertät in Betracht. Für die übrigen, an Zahl weitaus häufigsten Fälle kann man die Psychoanalyse als Therapie entbehren und mit einer anderen Methode bessere und schnellere Erfolge erreichen. Die Einsichten, die die Psychoanalyse vermittelt, und ohne die meiner Ansicht nach auch kein Kinderpsychotherapeut erfolgreich arbeiten kann, geben die Möglichkeit, die Genese und Struktur eines Falles aufzuhellen. Da auch im Verlaufe der Behandlung immer wieder diagnostische Aufgaben zu lösen sind, wird man vielfach genötigt sein, einzelne analytische Methoden heranzuziehen, z. B. Träume zu deuten, Fehlleistungen aufzuklären usw. Die analytische Arbeit bleibt aber auch hiebei im allgemeinen im Bereich der Diagnose. Für Überschreitung dieser Grenze in das Gebiet der Therapie hinein fehlen im Kindesalter zumeist die Voraussetzungen."

Im Gegensatz zu den zum Teile stark theoretisierenden Auseinandersetzungen der allgemeinen Abschnitte, versucht der Autor im speziellen Teile durch einfachere konkretere Ausdrucksweise. deren Anschaulichkeit durch eine eingestreute, allerdings meist sehr kurz gefaßte Kasuistik erhöht wird, den tatsächlichen Bedürfnissen des Praktikers mehr entgegenzukommen.

Die in der rein somatisch-symptomatologischen Gliederung des speziellen Teiles offenbar liegende Konzession an die praktische Verwendbarkeit bedingt begreiflicherweise den Verzicht auf eine tiefergehende ätiologische oder genetische Systematik dieser Darstellungen. Auch kommen vielleicht gerade hiedurch einige wichtige Kapitel der pädiatrischen Psychotherapie zu kurz. Dies dürfte insbesondere für viele Erscheinungsformen mit komplizierteren psychischen Mechanismen, wie Konzentrationsschwäche, Lernschwierigkeit bei normaler Intelligenz, affektmäßige Störungen der familiären und schulmäßigen Einordnung gelten. Es ist kein Zufall, daß es sich hier vorwiegend gerade um Grenzgebiete der Heilpädagogik handelt und daß dem von der Pädiatrie herkommenden Autor die der klinischen Pädiatrie näher liegenden Gebiete, wenigstens bei dieser Darstellung, wichtiger erscheinen. Hiefür liegt auch eine gewisse Berechtigung in dem Umstande, daß wegen der vom Verfasser am ausführlichsten behandelten Störungen wie Enuresis, Anorexie, motorische Auffälligkeiten etc. der Kinderarzt oder der praktische Arzt tatsächlich häufig von den Eltern aufgesucht wird, während die komplizierteren psychotherapeutischen Verhältnisse der heilpädagogischen Grenzgebiete doch nur selten dem Arbeitsgebiete des Allgemeinpraktikers überlassen werden, vielmehr, wenn sie überhaupt zum Arzte führen, doch eher in das Arbeitsgebiet des spezialisierten Kinderpsychotherapeuten fallen. Es hängt daher die skizzierte Auswahl des Stoffes und — um ein vom Autor gerne benütztes Wort zu verwenden — die Akzentsetzung der Darstellung mit dem Programm zusammen, Richtlinien für den Gebrauch des allgemeinen Arztes und des nicht weiter spezialisierten Kinderarztes zu geben und diesem Programm wird das Buch auch tatsächlich weitgehend gerecht.

Werner Kornfeld (Wien).

Stern, E.: Bemerkungen zum Problem der Kinderpsychotherapie. Münch. med. Wschr. S. 2043, 1932.

Stern bemängelt in seinen aphoristischen Bemerkungen unter anderem die ungenügende psychologische und psychotherapeutische Ausbildung des Kinderarztes. Auch fehle es diesem in seiner Sprechstunde vielfach an Zeit, um Psychotherapie zu treiben. Dem Psychiater wieder fehlen vielfach die Kenntnisse aus der neueren Kinderpsychologie. Es sind sehr verschiedenartige Fälle, die einerseits der Kinderarzt, andrerseits der Psychiater zu Gesicht bekommen. Der spezielle Kinderpsychotherapeut oder Jugendpsychiater hat mit mannigfaltigen Schwierigkeiten zu kämpfen, so mit weit verbreiteten Vorurteilen gegen die Vorführung von Kindern wegen schwacher Begabung oder Erziehungsschwierigkeiten, die schamhaft geheim gehalten werden. Stern betont die oft nur geringe Abhängigkeit der Verhaltungsweise des

Kindes vom bewußten Willen und die Notwendigkeit der Befreiung von moralisierender Betrachtung zugunsten rein sachlicher objektiver Beurteilung.

Werner Kornfeld (Wien).

Schröder, P.: Die Kinderpsychologie von Freud und Adler. Mon. f. Kinderheilk. 55, 1933.

Verf. setzt sich vom Standpunkt des Nichtanalytikers mit der Kinderpsychologie von Freud und Adler auseinander. Er wendet sich dabei gegen übermäßige Verallgemeinerungen einzelner Vertreter orthodoxer Schulmeinungen aus dem analytischen Lager und betont die Bedeutung der verschiedenartigen kongenitalen Anlagen. Auch wendet er sich gegen das übermäßige Heranziehen von Pathologischem zur Erklärung und zur Stellungnahme gegenüber dem Verhalten des normalen Kindes.

Werner Kornfeld (Wien).

Frohman, Bertrand S.: The Prevention of Neuroses in Children (Die Vorbeugung von Neurosen bei Kindern). Archives of Pediatrics, July 1933.

Der Autor bezieht sich auf einen im gleichen Blatte veröffentlichten Artikel: „The Pediatricians Obligation" (Die Verpflichtung des Kinderarztes), in dem er die Bedeutung der modernen Psychologie für die Fragen der Erziehung auseinandergesetzt hat. In dem vorliegenden Aufsatz werden einige Fälle aus der Praxis vorgeführt, bei denen der Autor vermöge seiner analytischen Einsicht ausgezeichnete Resultate erzielen konnte. Besonders bemerkenswert ist ein Fall von Heilung eines zwölfjährigen Knaben, der mit der Diagnose „Dementia praecox" in ein Irrenhaus gesteckt wurde. Dort nahm sich ein älterer Matrose seiner an, überwand sein Mißtrauen und begann, ihn für das Leben zu interessieren. Als Ursache der Erkrankung wird eine Revolte gegen die Autorität seiner Erzieher angegeben. Die Katamnese nach zehn Jahren bestätigt den guten Erfolg. W. Stekel (Wien).

Panyrek, D.: Beitrag zur Sexualität der Jugendlichen und ihren Folgen, sowie einige Anträge. Prakt. lékař, H. 20, S. 564—567, 1933 (Tschechisch).

Das aus der Abteilung für Schulmedizin und für Geschlechtskrankheiten geschöpfte Material ergibt Fälle von frühzeitigem Geschlechtsverkehr, mutueller Onanie (die bei Mädchen wegen des gegenseitigen Mißtrauens seltener ist und auch durch Koedukation nicht gesteigert wird), präpuberaler Perversionen, namentlich Fetischismus, sowie Geschlechtskrankheiten bei Kindern, 230 bei Knaben und 86 bei Mädchen. Dabei ist es auffallend, daß unter der Schuljugend einer Zahl von 9 Knaben 59 Mädchen gegenüberstehen; es handelt sich hier wohl durchwegs um Opfer von Verführungen. Die um so viel größere Beteiligung des männlichen Geschlechts im späteren Alter erklärt sich aus der größeren sexuellen Zurückhaltung der Mädchen, sowie der strengeren Familienaufsicht, der sie unterworfen sind. Die Jugend muß im sexuellen Leben geführt werden. Verf. empfiehlt ausgiebige körperliche Erziehung und Pflege des Sports, eine entsprechende Belehrung durch den Lehrer oder Arzt und eine Anleitung zur Enthaltsamkeit. H. Zweig (Brünn).

Bunnemann, O.: Über psychogenes Ekzem. Med. Welt, H. 3, S. 87—88, 1934.

Heilung eines trockenen, schuppenden Ekzems an der Innenfläche beider Vorderarme und Innenseite beider Oberschenkel bei einer 40jährigen Patientin. Das Ekzem, das bisher aller Salbenbehandlung widerstanden hatte, konnte durch hypnotische Behandlung und vertiefte Anamnese zum Heilen gebracht werden. Letztere förderte zwei psychische Traumen zu Tage, die deutliche Beziehungen zur Lokalisation des Ekzems hatten. (Als junges Mädchen wurde Pat. von einer Geisteskranken überfallen, die mit blutenden Armen auf sie einschlug. Bei einem Spaziergang wurde von ihrem Begleiter ein Vergewaltigungsversuch auf sie gemacht, wobei der Mann ihr unter die Röcke griff.) E. Lekisch (Wien).

Riese, Walter: Das Triebverbrechen. Untersuchungen über die unmittelbaren Ursachen des Sexual- und Affektdeliktes, sowie ihre Bedeutung für die Zurechnungsfähigkeit des Täters. Verlag Hans Huber, Bern. 144 Seiten Großoktav. Preis RM 6.80.

Die an Kasuistik reiche Arbeit ist dem Andenken Monakows gewidmet. Es werden neben anderen Triebverbrechern der Fall Kürten und der Fall Haarmann ganz eingehend behandelt. Die Beziehungen zwischen Verbrechen und Neurose werden aufgedeckt; es wird sozusagen das Werden des Verbrechers psycho-biologisch dargestellt. Ein Anhang behandelt das bedeutsame Problem der Zurechnungsfähigkeit. Neben der Konfliktkonstellation spielt der Aktualreiz eine große Rolle. „Jeder dieser Verbrecher zeigt eine ganz bestimmte und nur für ihn verhängnisvolle Reizkonstellation und Reizkombination, die ihn an die Reizsituation bindet. In dieser verwirklicht er, was an triebhaften Betätigungsmöglichkeiten in ihm ruht." Wer sich für die Psychologie des Verbrechers interessiert, der wird gerne den Ausführungen des Verfassers folgen. W. Stekel (Wien).

PSYCHOTHERAPEUTISCHER BRIEFKASTEN [1]

Frage Nr. 1

Übergang von der organischen zur psychischen Behandlung

Wie soll der praktische Arzt den Übergang von der anfänglich rein körperlichen, aber erfolglosen Behandlung, z. B. einer Organneurose, zur systematischen Psychotherapie vornehmen? Intelligente Patienten fragen gewöhnlich: „Ist mein Leiden wirklich nur seelisch bedingt, warum haben Sie mich bisher körperlich behandelt?" Ausreden nützen selten.

Soll man nach einem Mißerfolg der organischen Therapie trotzdem den Fall selbst psychotherapeutisch behandeln, oder ihn dem Fachpsychotherapeuten zuweisen?

Antworten:

In solchen Fällen kann nur der Hinweis auf die psychophysische Einheit den Wechsel der Therapie für den Pat. verständlich machen. Gerade der Organneurotiker weiß, daß sich sein Leiden körperlich äußert, auch wenn es seelisch bedingt ist. Das körperliche Symptom ist die Erscheinungsform, der Ausdruck des seelischen Geschehens. Die somatische Therapie ist einfacher und weniger kostspielig; infolgedessen ist in vielen Fällen der Versuch gerechtfertigt, der Krankheit zunächst mit einfachen Mitteln beizukommen. So etwa, wie man sich zu einem operativen Eingriff erst entschließt, wenn die schonenderen Methoden keinen Erfolg gebracht haben. Da es leichte, oberflächliche Neurosen (Randneurosen im Sinne von J. H. Schultz) gibt, bei denen eine somatische Therapie hilft (z. B. physikalisch-diätetische Behandlung), so ist ein solcher Versuch gerechtfertigt, zumal in jeder ärztlichen Verordnung auch ein psychischer Faktor steckt. Bei der Wechselwirkung, die zwischen körperlichem und seelischem Geschehen besteht, ist es nur eine praktische Frage, ob man den Angriffspunkt der Therapie mehr ins Körperliche oder mehr ins Psychische verlegt. Die Psychotherapie stellt immer einen größeren und umwälzenderen Eingriff dar, der sich wie eine Operation oft erst im Laufe der Krankheitsentwicklung als notwendig erweist.

Ob der praktische Arzt solche Fälle selbst psychotherapieren soll, hängt von

[1] Die Beteiligung der Leser an der weiteren Beantwortung der hier aufgeworfenen Fragen ist erwünscht. Die Antworten werden fortlaufend veröffentlicht.

Die Schriftleitung.

der Schwere des Falles und der Beherrschung psychotherapeutischer Methoden ab. Die sogenannte kleine Psychotherapie gehört in die Sprechstunde des Praktikers. Ihre Anwendung durch ihn wird durch vorhergegangene somatische Therapie nicht kontraindiziert, wenn es dem Arzte durch Auseinandersetzungen in dem obigen Sinne gelingt, das Vertrauensverhältnis aufrecht zu erhalten. Andernfalls und beim Vorliegen tiefgreifender Veränderungen der Persönlichkeit ist die Überweisung an den Fachkollegen angezeigt.

Dr. Ernst Jolowicz-Leipzig.

Die Möglichkeit, die Bedeutung der tiefenpsychologischen Fundiertheit einer Organneurose zu übersehen, ist für den praktischen Arzt häufig; den Übergang von der erfolglosen Organtherapie zu einer vermutlich erfolgreicheren Psychotherapie zu finden, ist schwer, besonders, wenn der Patient ein Skeptiker ist. Es wird zweckmäßig sein, daß der praktische Arzt in genügender Kenntnis des Leib-Seeleproblems dem Patienten klarlegen kann, daß die einseitige Behandlung des Organs recht oft versagen kann und versagen muß, wenn seelische Konfliktssituationen vorliegen. Er wird darauf hinweisen müssen, daß das Organ als locus minoris resistentiae dann eben jeden, auch den kleinsten Konflikt auffängt. Gerade der Hausarzt wird recht häufig in der Lage sein, unter der Voraussetzung, daß er die Grundzüge, besonders der Stekelschen aktivanalytischen Methode kennt, dem Patienten, dessen Familienkonstellation ihm auch bekannt ist, weitgehend zu helfen, da er als Arzt Therapie des Ganzen zu treiben hat, also Therapie von Körper und Seele. Den Versuch, zunächst einmal von der körperlichen Seite das Leiden angegangen zu haben, wird er ja mit dem Hinweis auf die Ökonomie der Mittel begründen können.

Dem Fachpsychotherapeuten einen bisher erfolglos behandelten Organneurotiker zu überweisen, wird erst dann notwendigerweise in Frage kommen, wenn es sich um eine Kernneurose im Sinne von J. H. Schultz handelt, wo weniger Aufklärung und Ermutigung allein eine Rolle spielt, als vielmehr die Übertragungs- und Widerstandsanalyse. Diese jedoch ist gerade von dem bisher körperlich behandelnden Arzt in der Regel so schwer zu meistern, daß an der Schwierigkeit dieses Problems der Erfolg scheitern wird.

Dr. Walter Schindler-Berlin.

Der Grund einer Organneurose kann real oder imaginär sein. In zweifelhaften Fällen ist die Diagnose ex juvantibus zu stellen.

Zuerst soll die somatische Therapie angewandt werden. Sie ist lebensnäher, für den Arzt bequemer, weniger umständlich, für den Kranken empfänglicher und auch aus materiellen Rücksichten vorteilhafter. Versagt diese, muß die Psychotherapie zu Wort kommen.

Psychotherapieren darf, meiner Meinung nach, nur ein psychotherapeutisch geschulter Arzt, da Suggestionen soviel helfen, wie ungefähr Bluttransfusionen bei Leukämie oder bei Pyämie. Neue Werte werden den alten und verschmutzten angegliedert, wonach sie selbst bald verschmutzt, neuen Ballast bilden.

Gründlich muß der verunreinigte Platz zur Verankerung gesunder Ideen ausgemistet werden. Dann kann die psychisch bedingte Erkrankung verschwinden. Und nur der geübte Psychotherapeut ist einer solchen Aufgabe gewachsen.

In diesem Sinne soll auch der intelligente Patient unterrichtet werden.

Dr. Zygmunt Siegel-Krakau.

Frage Nr. 2

Psychotherapie der Spermatorrhöe

Gibt es eine Psychotherapie der Spermatorrhöe? Wie wird sie durchgeführt? Resultate? Unterstützung mit Medikamenten?

Antworten:

Meiner Erfahrung nach ist eine psychotherapeutisch günstige Beeinflussung der Spermatorrhöe möglich. Um diagnostisch nicht aneinander vorbeizureden (die Sp. wird recht häufig mit Tagespollutionen, gonorrhoischen Affektionen etc. verwechselt), möchte ich feststellen, daß ich dabei an jene spontane Samenentleerung denke, die bei schlaffem Glied, ohne Orgasmus, während der Defäkation, aber auch unabhängig von ihr auftritt und ein Gefühl der Entspannung, bzw. Ermattung hinterläßt. Begleitende Phantasien fehlen gewöhnlich, können aber auch vorhanden sein.

In den von mir beobachteten Fällen handelte es sich durchwegs 1. um manifeste Homosexuelle, die mit ihrer Triebrichtung im Konflikt waren und 2. um Heterosexuelle mit konfliktreicher latenter Homosexualität. Daneben bestanden andere, aber pathogenetisch minder wichtige Triebanomalien.

Die Psychotherapie der Sp. kann sich nicht auf das Symptom allein beschränken, sie soll vielmehr mit der Psychotherapie der kranken Persönlichkeit zusammenfallen.

Zwei Beispiele aus jüngster Zeit: Ein 21jähriger, ausgesprochen anal-passiver Homosexueller bekommt, nachdem seine Eltern von seiner Homosexualität erfahren, eine Defäkationsspermatorrhöe. Der Pat., der drei Jahre lang konfliktlos seiner Homosexualität lebte, stellte sich nun, unter dem Druck der Eltern, bipolar zu seiner Erkrankung ein. Die Sp. hat hier besonders die hemmende Instanz abgegeben.

Ein 39jähriger Mann, der seit Jahren homosexuell ist, kämpft gegen seine reichlich komplizierte Triebanomalie, umso mehr als er kein geeignetes Objekt findet. So oft er an seinen Freund denkt, dessen Unzugänglichkeit bedauert und ihn auch gleichzeitig verwünscht, tritt regelmäßig die Sp. auf, die er mit einem weiblichen „Fluß" vergleicht. Die Sp. hat hier besonders die befriedigende Komponente der Homosexualität vertreten. Nachdem die Gleichgeschlechtlichkeit und die mit ihr verbundenen Konflikte unwirksam geworden sind, verschwand auch die Spermatorrhöe.

Eine Unterstützung der Psychotherapie mit Medikamenten ist in solchen Fällen nicht notwendig.

Dr. Ernst Bien-Wien.

Um die Frage eindeutig beantworten zu können, ist eine strikte Sonderung der normalen und krankhaften Pollutionen von der eigentlichen Spermatorrhöe nötige Voraussetzung. Die richtige Definition, die ich — und mit mir Eulenburg, Löwenfeld, Marcuse u. a. m. — allein als berechtigt erachten kann, ist jene, die Fürbringer von der Sp. gegeben hat, wonach der Ausdruck „auf jene von der Pollution unabhängigen Samenverluste zu beschränken" ist, wie sie meist während der Defäkation und Harnentleerung erfolgen, und zwar ohne Erektion und Orgasmus, „ohne schlüpfrige Vorstellung." Wenn nun z. B. Stekel im „Bilderlexikon der Erotik" (Bd. III, S. 769) sagt, daß die Psychoanalyse nachgewiesen hat, daß es sich bei der „echten" Spermatorrhöe eigentlich um „Wachpollutionen" handelt, „bei denen die ‚begleitende erotische Phantasie' in einem Sturm der Erregung nicht deutlich bewußt wird"; oder wenn Hitschmann (Wien. med. Wschr. 1933, Nr. 4) „einen Teil der Fälle von Spermatorrhöe" als Neurosen auffaßt, denen fallweise eine narzißtische oder eine feminine Einstellung zugrunde liegt und die einer „Psychoanalyse bedürfen, genau so, wie dies für die Zwangsonanie, die Ejaculatio praecox und die gehäuften Pollutionen gilt", so beweisen diese Auffassungen, daß über das Wesen der Sp. noch immer keine Einigung herrscht. Dasselbe gilt von den Ursachen der Sp., wenn Stekel sagt, daß in der Psychoanalyse die Ursache der Sp. in hypochondrischen Vorstellungen angenommen wird: „diese Menschen fürchten, daß mit dem Samenabgang ihre Kraft verloren geht, obwohl sie blühend aussehen". Dem-

gegenüber glauben wir, daß die hypochondrischen Zustände, die psychischen Verstimmungen, nicht Ursache, sondern Folge der Sp. sind.

Daher steht, was die Therapie der Sp. anlangt, die Belehrung über die relative Unschädlichkeit der Störung im Vordergrund. Der Verlust des Samens an sich spielt keine Rolle. Wichtig ist — da es sich bei der Sp. in der Regel nur um mechanische Druckverhältnisse (Bauchpresse) im Verein mit einer Insuffizienz der Ductus ejaculatorii (Atonie der Prostata) handelt — eine systematische sachgemäße Stuhlregelung unter Verzicht auf massigen Kot bildende Ingesta. Und dem Charakter der in der Insuffizienz der Ductus ejaculatorii gegebenen Grundstörung entsprechend, können sich örtliche elektrische Maßnahmen, besser noch leichte Prostatamassage (Tonisierung der atonischen Prostata) nützlich erweisen. Von Medikamenten hat sich mir besonders das Präparat „Neosex" bewährt — die Mehrzahl der Fälle von Sp. beruhen ja auf Excessen in Venere — Sedativa sind zwecklos.

Dr. Oskar Franz Scheuer-Wien.

Die Spermatorrhöe gehört meiner Meinung nach nicht zu den Sexualerkrankungen, sondern ist als Erkrankung der Sexualorgane zu betrachten. In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle ist sie das Residuum einer ehemaligen entzündlichen Erkrankung der Samenblasen, respektive ihrer Ableitungswege und beruht auf einer Tonusverminderung der Muskulatur dieser Organe. Am klarsten ist das bei der Defäkations- und der Miktionsspermatorrhöe, da hier die Erhöhung des intraabdominellen Druckes während dieser Funktionen respektive das Vorüberstreichen der Kotmassen an den Samenblasen diese bereits auszudrücken vermag. Abgesehen von der entzündlichen gibt es (wie auch an allen andern Hohlorganen) an den Samenblasen eine „idiopathische" Hypotonie, die zu Sp. führen kann.

Dieser Ätiologie entsprechend ist die Therapie der Sp. eine Massage (kurz, zart, nicht zu häufig!) der Prostata und Samenblasen, was in dem größeren Teil der Fälle auch zum Erfolg führt.

E. Hitschmann vertritt neuestens die Ansicht, daß die Sp. auch nur ein neurotisches Symptom sei (Wien. med. Woche, H. 4, 1933). Grundsätzlich ist dazu zu sagen, daß natürlich auch der Tonus der Genitalmuskulatur psychogen beeinflußbar sein muß, und daher psychogene Funktionsstörungen theoretisch möglich sind. Persönliche Erfahrungen darüber besitze ich nicht. Wohl aber sei darauf verwiesen, daß weder das Fehlen einer vorgängigen entzündlichen Erkrankung, noch der Mißerfolg einer (richtig durchgeführten!) Massagetherapie an sich schon die Psychogenese eines Falles von Sp. beweisen und noch nicht eine Indikation für irgendeine Form von Psychotherapie abgeben können.

Priv.-Doz. Dr. Oswald Schwarz-Wien.

Frage Nr. 3

Krankenkassen und Psychotherapie

1. Wie ist das derzeitige Verhältnis der Krankenkassen zur Psychotherapie? 2. Wie steht es um den Facharzttitel für Psychotherapie?

Antworten:

Die Psychotherapie wird bei uns in Schweden im Rahmen der kassenärztlich zugänglichen „Nervenkrankheiten" und der „psychischen Behandlung" der Psychosen geübt. Einen Facharzttitel für Psychotherapie gibt es nicht.

Es werden derzeit neue Krankenkassenvorschriften ausgearbeitet. Hoffentlich wird der Psychotherapie in der Krankenversicherung ein ihren ärztlich-praktischen Möglichkeiten entsprechender Platz eingeräumt werden.

Dr. Gerard Odencrants-Stockholm.

Ad. 1. Bei den Krankenkassen mit ambulatoriumsmäßigem Betriebe bleibt es wohl durchaus dem Ermessen des betreffenden ordinierenden neurologischen Facharztes überlassen, inwieweit er Psychotherapie anwenden mag, bzw. ist ihm dies ganz gewiß nicht verwehrt. Vor allem ist es eine Zeitfrage. Daß es möglich ist, solche Fälle, deren Behandlung nicht allzu großen Aufwand an Zeit erfordert und die keine übertriebenen Prätentionen hinsichtlich individualisierender Bemühung um sie stellen, auch im Rahmen einer Krankenkassennervenambulanz mit Nutzen psychotherapeutisch zu behandeln, habe ich selber in mehreren Veröffentlichungen zeigen können; ich übe unter Zugrundelegung meiner SAR-Methodik in meinem Kassennervenambulatorium schon seit Jahren regelmäßig auch Psychotherapie und bin mit den erzielten Erfolgen zufrieden. Sehr gewöhnlich übe ich Reihen-, bzw. Kollektivpsychotherapie, und zwar auch dies schon seit Jahren; zieht man jeweils geeignete Fälle zusammen, dann ist gerade da der Erfolg oft ein besonders rascher und andauernder.

Ad 2. Wie die Dinge gegenwärtig stehen, weiß ich nicht. Zur Zeit, da ich Obmann der Gesamtfachärzteschaft war, bin ich bemüht gewesen, eine eigene Fachgruppe für Psychotherapie ins Leben zu rufen. Doch war diesen meinen Bemühungen ein Erfolg nicht beschieden; unter den gegenwärtigen, besonders schwierigen Verhältnissen will mir selbst die Absplitterung einer eigenen Psychotherapeutengruppe wenig opportun erscheinen, zumal das Hauptbedenken, welches sich seinerzeit erhoben hatte und welches die Stellung der neurologisch-psychiatrischen Fachärzte betrifft, von denen doch viele nicht nur qualifizierte Somato-, sondern ganz ebenso qualifizierte Psychotherapeuten sind, heutzutage gewiß um nichts geringer in die Waagschale fallen dürfte.

Univ.-Prof. Dr. Erwin Stransky-Wien.

Die Psychotherapie gehört in der Tschechoslowakei zu den ausgesprochenen Stiefkindern und hat auf dem Wege zum Durchsetzen noch nicht die erste Stufe erreicht. An die Schaffung eines Facharzttitels für Psychotherapie wurde noch niemals im Entferntesten gedacht. Die Ausübung der Psychotherapie kommt bei den fixen und pauschalierten Stellen, das sind vor allem die Bezirks- und Arbeiterkrankenkassen, von vornherein wegen Mangel an genügender Zeit nicht in Betracht. Bei den Heilfonden der öffentlichen Angestellten und der Postangestellten kann der Facharzt, wenn er dazu Lust und Muße hat, eine Psychotherapie betreiben, muß aber, da die Psychotherapie im Vertrage nicht enthalten ist und daher nicht als außerordentliche Leistung betrachtet wird, die Sitzung als gewöhnliche Ordination mit Kč 14.— liquidieren. Dabei muß er vom Patienten eben wie bei jeder gewöhnlichen Ordination die Zuzahlung von Kč 7.— sowie einer besonderen Heilfondsmarke im Werte von Kč 2.— verlangen und riskiert außerdem, daß ihm bei der von nichtärztlicher Seite in der Prager Zentralstelle ausgeübten Revision der Rechnung ein erheblicher Teil der Ordinationen als Polypragmasie gestrichen wird. Bei den Krankenkassen der Privatbeamten und Angestellten wird die psychotherapeutische Sitzung nach vorher erteilter chefärztlicher Bewilligung mit Kč 25.— bis 40.— honoriert, doch ist auch dieses Verhältnis in keiner Weise vertraglich festgehalten und bietet infolgedessen der Willkür jeglichen Spielraum. Hoffentlich wird sich in dieser bedauernswerten Lage des Psychotherapeuten in nicht zu ferner Zukunft eine Wendung zum Besseren vollziehen.

Dr. H. Zweig-Brünn.

Herausgeber: Dr. Wilhelm Stekel, Wien, VIII., Langegasse 65 / Eigentümer und Verleger: Verlag der Psychotherapeutischen Praxis, Wien, IX., Spitalgasse 13 / Verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Ernst Bien, Wien, IX., Spitalgasse 17 / Druck von Holzwarth & Berger, Wien, IX., Kolingasse 19.